٣

mngool.com

الثقافة السيكولوجية
يشرف على اصدارها الدكتور عبد المنعم المليجى

خبراء النفوس

تأليف

الدكتور عبد المنعم المليجى

دكتوراه فى علم النفس الكلينيكى
من معهد الطب النفسى بجامعة لندن
مدرس علم النفس بقسم الدراسات النفسية
بجامعة عين شمس

ملتزمة الطبع والنشر

مكتبة مصر

٣ شارع كامل صدقى "الفجالة"

دار مصر للطباعة

سعيد جودة السحار وشركاه

الطبعة الثانية
١٩٨٦

الثقافة السيكولوجية

فى خدمة الثقافة العربية

وأخيرا ، انتفض المجتمع العربى انتفاضته الكبرى ، وشملت هذه الانتفاضة نفرا كبيرا من المثقفين الذين صحوا من سباتهم الأكاديمى ، واندمجوا فى تيار الحياة الجديدة الزاهرة مرحبين بالاضطلاع بدورهم التاريخى الخطير ، ألا وهو : تنوير شعوبهم ، والمساهمة بجهودهم الفكرية ، وبحوثهم العلمية ، فضلا عن كفاحهم العملى ، فى تطوير حياتنا ، وتدعيم المكاسب السياسية والاجتماعية التى تحرزها أوطانهم كل يوم .

هذا وقد تولى أمرنا رجال يؤمنون بضرورة التخطيط العلمى فى تشييد صرح المجتمع الجديد . وهكذا أصبح لزاما على كل عالم — كائنا ما كان ميدان تخصصه — أن يشحذ حساسيته لمشكلات عصرنا ، سواء أكانت تلك المشكلات عملية أو ثقافية صرفة ، وأن يكرس جهوده العلمية من أجل الغاية المشتركة التى نتطلع إليها جميعا شعوبا وحكومات ، وأعنى بها ، حل المشكلات التى تعترض تطورنا ، وإسراع خطى التقدم نحو حياة أفضل ، حياة يسودها الرخاء ، والحرية ، والمحبة ، والمعرفة .

وأعتقد أن تطورنا الحضارى يستلزم أن تصير المعرفة السيكولوجية أساسا جوهريا لتفهم مشكلاتنا الاقتصادية ، والاجتماعية ، والدينية ، والفنية . وما عرفنا فرعا من فروع المعرفة الإنسانية قد شاع شيوع المعرفة السيكولوجية ، وما عرفنا علما ناله ما نال علم النفس من تشويه وتحريف فى أذهان الناس . ومن أجل هذا لم يكن مناص من أن تصدر هذه المجموعة من كتب « الثقافة السيكولوجية » .

وسوف نحاول عن طريقها أن نعيد للمعرفة السيكولوجية جلالها العلمى ، ونحرر علماء النفس من سجنهم الأكاديمى ، وندفعهم إلى الاندماج فى الحركة الثقافية العامة .

غرضنا من إصدار هذه المجموعة هو أن نحقق التفاعل الثقافى بين المختصين فى علم النفس وبين جمهرة المثقفين . وسوف يفيد من هذا التفاعل المثقفون من غير المختصين فى علم النفس بما نسلط من أضواء سيكولوجية على مشكلات الحياة الثقافية —

فضلا عن مشكلات الحياة العملية . على أن موضوعات البحث لن تكون غير الموضوعات التى يمكن أن تشغل ذهن المثقف الذى يعيش فى بلادنا هذه ، وفى حقبتنا التاريخية هذه ، والتى يمكن أن تدرس فى الوقت نفسه من زاوية أخرى غير الزاوية السيكولوجية . فنحن ندرك تماما أن مشكلات حياتنا أعقد من أن يكفى فى وصفها ، أو تفسيرها ، أو علاجها هذا الفرع أو ذاك من فروع العلم الحديث .

وسوف يفيد كذلك من هذا التفاعل الثقافى كل من يريد التخصص فى علم النفس ، أو احتراف هذا الفن أو ذاك من فنونه التطبيقية . فلا قبل لأحد بتنمية بصيرته السيكولوجية إلا إذا اختلط بجموع المثقفين ، يخوض وإياهم معارك الفكر ، ويتعرف وجهات نظرهم فى المشكلات التى يبحثونها ، ويتلمس موقفهم إزاء الحلول التى يقدمها هو لهذه المشكلات . إنه يستطيع عن طريق الاتصال بغير المختصين فى علمه أو فنه أن يعالج السذاجة وضيق الأفق اللذين يحتمهما الغلو فى التخصص . ونحن نريد بهذه الكتب أن يفهم الناشئون من طلاب الدراسات النفسية أن علم النفس بوضعه الحالى لا يستطيع أن يحيط بكافة أسرار نفوسنا ، ولا ينبغى له — من ثمة — أن يستحوذ على كل اهتمامهم حتى ليحيلهم إلى « مجاذيب » لا يرون الأمور إلا من الزاوية النفسية ، ولا شغل لهم إلا تعقب الناس بالتحليل النفسى ، و « التنكيد » عليهم بذكر العقد والشذوذ والانحراف .

ولا بد أن نبين لهؤلاء أن ثم مصادر للعلم بأسرار نفوسنا ينبغى ألا نغفلها ونحن فى غمرة الحماسة لذلك العلم الجديد . ينبغى ألا نغفل عن حكمة شعوبنا كما تنكشف فى أساطيرها ، وحركاتها التاريخية ، وتقاليدها ، ومقدساتها ، وأنماط حياتها ، ومذاهب أدبها ، وألوان فنونها . إن هذا التراث القومى ينبغى أن يقوم لدينا مقام الوثائق السيكولوجية ، وبوسعنا باستخدام مناهج البحث السيكولوجى أن نكتشف فيها أعمق أسرار نفوسنا ، وأن نهتدى فى طياتها إلى تفسيرات قيمة لبعض سلوكنا الماضى والحاضر . وغير خاف على أحد أن العلم بماضينا وحاضرنا شرط ضرورى للتوفيق فى تدبير حياتنا المستقبلة .

إن المواطن الذى نطمح إلى تكوينه ليس السيكولوجى الذى يحفظ عن ظهر قلب قوانين الحياة النفسية ، ويعرف كيف يطبق الاختبارات السيكولوجية ، ويحسب الدرجات التى يستحقها ضحاياه من الذين يطبق عليهم هذه الاختبارات تطبيقا

أعمى ، ولكنه الإنسان المثقف الذى يعرف كيف يستغل ثقافته الواسعة ، المتطورة ، العميقة فى تفهم مشكلات الأفراد ؛ والذى يستطيع أن يعرف حدود تخصصه ، ويدرك أن لكل مشكلة أكثر من وجه واحد . لقد كان فرويد طبيبا بارعا ، وكان بوسعه أن يصير من أعظم علماء الجهاز العصبى فله فى هذا الميدان اكتشافات رائعة ، وكان من أدق من عرفهم التاريخ قدرة على ملاحظة السلوك الإنسانى — ولكنه لم يصل إلى اكتشافاته السيكولوجية إلا بفضل ثقافته الواسعة . لقد كان خبيرا بالثقافة اليونانية ، محيطا بالحضارة المصرية ، مولعا بالآداب العالمية ، مقبلا على أصدقائه . ومن هذه المصادر جميعا استمد أعمق أحداسه العلمية . لم يكن فرويد طبيبا فحسب ، ولم يكن عالما نفسيا فحسب ، ولكنه كان إلى ذلك إنسانا مثقفا .

وحيث إن اهتمامنا بالثقافة العربية والمصرية بوجه خاص ، لا يقل عن اهتمامنا بعلم النفس فى ذاته ، فسوف نحاول فى كتب هذه المجموعة أن ندرس دراسة موضوعية عوامل « الهزال الثقافى » الذى تبدو أعراضه واضحة جلية فى فقر إنتاجنا الموسيقى ، وما يتصف به من سطحية ، وما ينتابه من حيرة بين قوى حضارية متناقضة ؛ وفى العى الذى أصاب تعبيرنا الغنائى ، وفى المقاومة التى نبديها لمختلف فنون الرقص ، وفى تخلف الفنون المسرحية ، وفى إعراضنا عن تذوق الإنتاج الفنى الرفيع فى كافة صوره .

ولا بد من تحقيق الوحدة الفكرية ، والتفاعل السيكولوجى بين المثقفين جميعا إن نحن أردنا القضاء على هذا « الهزال الثقافى » . وسوف تسهم هذه المجموعة فى تحقيق هذه الوحدة ، إذ يشترك فى تحريرها سيكولوجيون يؤمنون بواجبهم حيال الثقافة العربية ، ويؤمنون بضرورة المساهمة بعلمهم فى إثرائها وتطويرها ؛ ومثقفون غير مختصين فى علم النفس وإن كانوا من هواته ، وبوسعهم أن يقدموا إلى هذا العلم خدمات جليلة بمناقشة انعكاساته فى فنونهم ، أو بالكشف فى هذه الفنون عن المصادر الخالدة للعلم بالإنسان ، أو بنقد النظريات السيكولوجية على ضوء ثقافاتهم الخاصة .

توجيه النهضة الاجتماعية

إن النهضة الاجتماعية فى مصر والبلاد العربية توشك أن تورط علماء النفس فى نشاط عملى خطير . فقد أصبح المسئولون يؤمنون بضرورة توجيه المواطنين فى هذا النوع أو ذاك من العمل أو الدراسة . وقد أصبح التعيين فعلا فى بعض الوظائف فى مصر منوطا بهيئات تختبر مؤهلات الشخص النفسية ، وقدراته العقلية ، وكفاياته الشخصية . وتصطنع هذه الهيئات أساليب التشخيص والقياس السيكولوجى التى أخذناها عن الغرب . وتحاول — فى حدود إمكانياتها — أن تدخل على هذه الأساليب التعديلات التى تجعلها ملائمة لأوضاعنا وظروفنا المحلية .

ولا بد أن نبارك هذا الاتجاه ، أعنى استغلال الأساليب العلمية فى التخطيط . ولكن حيث يكون الأمر متعلقا بمصير كائنات إنسانية ، فالواجب يحتم علينا أن نحذر من الاندفاع والتعجل فى تطبيق الاختبارات السيكولوجية . ذلك أن نفوس الأفراد ليست موضوعات للدراسة طيعة كالمادة التى يدرسها عالم الكيمياء ، أو كالبذرة التى يحلل بنيتها عالم النبات ؛ وإنما هى موضوعات غاية فى التعقيد ، ممعنة فى التبدل والتغير ، خاضعة فى تبدلها وتغيرها لآلاف من العوامل التى لا سبيل إلى حصرها باختبار سيكولوجى واحد ، ولا بمجموعة من الاختبارات حديثة العهد . إن نفوس الناس لا تسلم أسرارها للدارسين إلا بعد استقصاء وتمحيص طويلين . ومن أجل هذا سوف ننبه فى هذه المجموعة دائما إلى الأخطار التى تنجم عن التعجل فى تطبيق أساليب الغرب فى الاختيار أو التوجيه السيكولوجى . وليس عيبا أن نقول للناس إن ما نعلم عن أسرار السلوك الإنسانى لا يزال إلى الآن أكثر بكثير مما نجهله .

والمسئولون اليوم بصدد تغيير الأساليب العتيقة فى مجابهة الآفات الاجتماعية الكبرى كإدمان المخدرات ، والجريمة ، وانحراف الأحداث ، والجنون . وهم يطلبون العون من كل من له خبرة بهذه الآفات . وغير خاف ما بوسع علم النفس أن يقدمه من عون فى هذا السبيل :

الدوافع النفسية للجريمة ـــ العوامل التى تدفع الناس إلى الهرب من الحياة المجدية إلى القمار وإدمان المخدرات . وهو وحده يستطيع أن يبين ارتباط هذه الآفات بظروف اجتماعية بالذات ، وأن يبين ارتباط كل منها بغيرها : تأثير المخدرات فى نشأة الأمراض العقلية وتأثيرها فى ارتفاع نسبة الجرائم ، بل وفى تعدد حوادث المرور فى المدن الكبرى . بوسعه أن يثبت للناس أن هذه الآفات الاجتماعية إنما هى مشكلة واحدة ، وأنه لا سبيل إلى علاجها إلا بالإطباق عليها من جميع الجبهات .

والسيكولوجى المتحمس يبدو بإزاء هذا الوضع مضحكا حقا حين يصر على أن فى العلاج النفسى للأفراد علاجا لهذه الآفات ، مغفلا شمولها وامتداد جذورها فى أوضاع اجتماعية واقتصادية بالية ينبغى تغييرها .

ونحن مقدمون على حركة تصنيعية كبرى ، وتوشك الآلة أن تصير قوة اجتماعية خطيرة : تتدخل فى طرائقنا المعيشية .. وتغير اتجاهاتنا الفكرية .. وتدخل التعديل على نظمنا التعليمية .. وتعيد تنظيم العلاقات الإنسانية داخل مجتمعنا الحديث . ومن الطبيعى أن نبتهج لازدهار شأن الآلة فى طورنا هذا الجديد ، فنحن نطمع فى أن يؤدى تقدمنا الآلى إلى تيسير حياتنا ، وإصلاح علاقاتنا الإنسانية ، وزيادة استمتاعنا بمباهج الحياة . ولسنا نغالى فى الرجاء إذا انتظرنا من الآلة أن تحقق كل ذلك .

ولكن من الطبيعى أيضا أن يساورنا الخوف ويتملكنا بعض القلق . فالآلة التى بوسعها أن تسعد قد أشقت كثيرين ، ونحن نعلم أن بوسعها أن تستحيل وحشا يسحق سعادة الناس ، ويفسد ذات بينهم . فقد بلغت بلاد ذروة التقدم الآلى ، حتى أفلحت فى تفجير الذرة ، وفى التحكم فى الطاقة الهائلة التى تنطوى عليها المادة الصماء . ولكن هذا النجاح اقترن بإخفاق ذريع فى تفجير ينابيع السعادة الإنسانية التى تنطوى عليها حتما نفوس الأفراد ، واقترن بخيبة أليمة فى التحكم فى دوافع هؤلاء الأفراد وطاقاتهم النفسية وإمكانياتهم العقلية . فلا نعرف أمة تعانى من العلل النفسية والآفات الاجتماعية ما تعانيه الأمة الأمريكية مثلا : إجرام الأحداث .. إدمان المخدرات بين النشء .. تفاقم الاضطراب النفسى والمرض العقلى .. ذيوع التعصب اللونى والمذهبى والتفرقة العنصرية ، والتحامل الدينى .. سيادة القلق على نفوس الأفراد . فثم الخوف من الحرب الذى قد يفضى إلى حرب ، وثم الاندفاع فى حمى التنافس الذى تحتمه حضارة استعبدتها الآلة ، وثم الخوف من شبح البطالة الذى قد

يقعد المرء عن العمل فيجعل الشبح حقيقة واقعة وثم الصراع الاجتماعى — وكل هذا كفيل بخلق الصراع فى النفوس ، وتهديد الاتزان الانفعالى لدى الأفراد وتعريضهم للاختلال العقلى ، والقضاء — من ثمة — على التكامل الاجتماعى .

وليس يخاف علينا أن التقدم الآلى الذى أحرزته الولايات المتحدة اقترن بتخلخل حضارى لا شك فيه : أو لم يستبد الإعلان بإرادة الناس وأفهامهم ؟ أوَ لم تتغلب الصورة المحسوسة فى الحياة الثقافية على الفكرة المجردة ، حتى أصبح الإنسان لا يستطيع أن يستغل قواه العقلية فى حياته الفكرية بدون الاستعانة بالصور والرسوم و « وسائل الإيضاح » ، وحتى أصبح المثقف سلبيا فى تحصيله العلمى إلى حد كبير ؟ أوَ لم تعبث السينما والتليفيزيون بعقول الناس حتى ألهتهم عن المسرح — تلك الأداة الثقافية العظيمة التى تسير نحو الاختفاء بخطى سريعة ؟ أجل إن التقدم الآلى لم يمنع من انتصار السلبية والسطحية والتفاهة على الإيجابية والعمق والرزانة .

ولا يمكن أن يخطر ببالى أن أرد الصراع النفسى ، أو التناقض الاجتماعى ، أو التخلخل الحضارى إلى التقدم الآلى فى ذاته . وإنما التفسير عندى يكمن فى إغفال شأن العنصر الإنسانى فى حركة التصنيع — ليس الذنب ذنب الآلة ، ولكنه ذنب التخطيط الاجتماعى الذى يسود الآلة على الإنسان، وينسى أن الإنسان هو الذى أبدع الآلة وهو يديرها وهو يطورها وهو الذى ينبغى أن يستغلها لإسعاده وترقية حياته .

ويستحيل على الأخصائى النفسى أن يتجاهل التفسير الحقيقى للثغرة القائمة بين التقدم الآلى والتقدم فى العلم بالإنسان . وهذه الثغرة ينبغى أن تشغل ذهنه ، وذهن غيره من الأخصائيين فى مختلف العلوم الإنسانية ونحن على أبواب نهضة صناعية نرجو أن تكون مباركة . لقد عنيت الدولة الحديثة بالبحوث العلمية عناية طيبة. وفطنت إلى أن البحث العلمى لا يزدهر إن هو ارتبط بروتين المصالح الحكومية ، فأنشأت مجالس علمية مستقلة استقلالا تاما عن الأداة الحكومية العادية ، كلجنة الطاقة الذرية مثلا .

هذا اتجاه حميد نرجو له كل ازدهار . ولكنا نطمع كذلك فى أن تزدهر البحوث فى مجال العلوم الإنسانية . وينبغى ألا يغيب عن أذهاننا فى حماس الإنتاج أن العامل الأساسى فى الإنتاج هو الإنسان : ينبغى أن نحسب حساب دوافعه وتفكيره وآماله وآلامه — العامل الذى يعمل بيده ، والموظف ، والباحث ، وأستاذ الجامعة — كل هؤلاء يسهمون فى الحركة الإنتاجية بطريق مباشر أو غير مباشر . ولا بد فى التخطيط

من أن نعمل حساب نفسيات هؤلاء ، ومستواهم ، ودوافعهم ، وآلامهم ، وآمالهم ، ومطامحهم ، وعلاقاتهم الفعلية بعضهم ببعض ، ومشاعر الفئات الاجتماعية بعضها نحو بعضها الآخر . فمشكلة الإنتاج أولا وأخيرا مشكلة العلاقات الإنسانية .. والعلاقات الإنسانية فى بلادنا لا نتحدث عنها حديث العلم ، بل حديث التخمين والظن ، فأحكامنا عليها لا تزال تصدر عن تجارب خاصة غير مضبوطة ، ومشاعر شخصية ، والوقت قد حان لدراستها دراسة علمية مضبوطة .

إن الدراسة السيكولوجية قد كشفت لنا عن حقائق خطيرة . من ذلك أن العمال فى المصنع ، أو الفلاحين فى الحقل ، لا يستخدمون فى عملية الإنتاج كل طاقتهم الجسمية أو العقلية . ومن أهم أسباب ذلك فساد علاقتهم بصاحب العمل . وإن هذا الفساد لا يبدو فى صورة صريحة وإن كان يعبر عنه فى كثير من الأحيان فى التراخى والتكاسل والتمارض ، بل والمرض الهستيرى أحيانا كثيرة .

ودلت البحوث على أن شعور العامل نحو الآلة التى يديرها يؤثر تأثيرا كبيرا فى إنتاجه ، فإن كان شعور الرعب نحو جهاز رهيب لا يصغى لشكاته ولا يقيم له وزنا ولا يرعى للقيم الإنسانية حرمة ، هبط ذلك بإنتاجه هبوطا خطيرا . أما إن كان شعور الامتنان لابتداع إنسانى يوفر له الراحة والرخاء ، زاد ذلك من إنتاجه وحماسه للعمل . وهو فى الحالة الأولى يتعرض للإجهاد والملل على نحو أسرع منه فى الحالة الثانية . وهو كذلك فى الحالة الأولى قد لا يكون حريصا فى محافظته على سلامة الآلة فتزداد حوادث التعطيل ، فى حين أنها تقل فى الحالة الثانية على نحو ملحوظ .

وقد تبين أكثر من هذا أن كثيرا من الحوادث التى يصاب فيها العمال بإصابات متعددة لا تعود للصدفة بقدر ما تعود لعوامل نفسية تولدت عن فساد العلاقات فى المحيط الإنتاجى : بين العامل وصاحب العمل ، أو بين العامل ورئيسه ، أو بين العامل وزملائه العمال . وأن كثيرا من الإصابات يتكرر حدوثها لعمال بالذات دون غيرهم ، وأن رغبات انتحارية كامنة قد تكون مسئولة عن تكرر وقوع هؤلاء دون غيرهم فى مثل هذه الحوادث التى تهدد حياتهم بالخطر ، وتصيب الإنتاج بضربات قاصمة .

تلك أمثلة نوردها كي نذكر الناس بضرورة اعتبار العنصر الإنسانى فى حركتنا التصنيعية ، وكى ندعو كل مشتغل بالإنتاج فى أى ميدان من ميادينه أن يتصور الإنتاج على أنه لون من التفاعل الاجتماعى بين كائنات إنسانية كريمة ، ولا أمل فى تقدم بدون مراعاة مشاعر هؤلاء نحو الدور الذى يؤديه كل منهم فى الحياة ، ونحو من يسهم معه فى العملية الاجتماعية المشتركة ، عملية الإنتاج .

حذار من علماء النفس !!

إذا كنا فى هذه الكتب نشجع البحث السيكولوجى ، وندعو إلى ضرورة الإفادة من خبرة علماء النفس فى توجيه حياتنا ، فلسنا بغافلين عن الأخطاء التى يمكن أن يرتكبها علماء النفس فى حق العلم ، لا بل وفى حق الإنسانية فى كثير من الأحيان . فكم من عالم من علماء النفس سهم بعلمه — عن وعى أو عن غير وعى — فى إشقاء الناس وإذلالهم . وإليك مثالا صارخ الدلالة من أمثلة عديدة يحفل بها تاريخ علم النفس الصناعى فى الولايات المتحدة ، ويتبين منه إلى أى حد يمكن لعالم النفس أن يسهم مع الرأسمالى الجشع فى إشقاء العمال الكادحين ، وزيادة صراعاتهم ومخاوفهم .

فقد استطاع « تايلور » أقدم خبراء علم النفس الصناعى فى أمريكا أن يقنع إحدى الشركات الصناعية بأن تتيح له تطبيق نتائج بحوثه فى اختيار العمال كل حسب كفايته لهذا العمل أو ذاك من الأعمال الصناعية ، وفى تدريبهم على هذه الأعمال طبقا لأساليبه التى ابتكرها بغية الاقتصاد فى الجهد والوقت ، وفى إثارة الحافز إلى العمل بطرق سيكولوجية تمخضت عنها بحوثه .

وتم لتايلور تجربة أساليبه الجديدة فى الاختيار والتدريب والإثارة ، وأسفرت التجربة عن نتائج أشعلت فى قلوب رجال الصناعة فى أمريكا الحماس لعلم النفس الصناعى : فقد أصبح بوسع ١٤٠ عاملا (إذا هم اختيروا طبقا لاختبارات الكفاية التى صممها تايلور ، ثم استخدمت فى تدريبهم وحفزهم إلى العمل أساليبه السيكولوجية) أن ينتجوا قدر ما كان ينتجه ٥٠٠ عامل لم تتبع فى اختيارهم وتدريبهم وحفزهم إلى العمل نفس الأساليب .

وتبين فضلا عن ذلك أن اختبارات الاختيار لا يجتازها أكثر من عامل واحد لكل ثمانية من عمال الشركة . وكان أن سارعت الشركة — التى لا يعنيها غير الكسب ،

والتى لا يعنيها العامل إلا من حيث هو آلة إنتاجية فحسب — إلى الاستغناء عن أغلب عمالها ، محتفظة بالقلة التى اجتازت اختبارات تايلور ، ورفعت أجر هذه القلة بواقع ٦٠٪ من الأجور الأصلية . ووفرت الشركة بهذا الإجراء ٧٥٠٠٠ دولار فى السنة .

ومنذ ذلك اليوم فاز علماء النفس الصناعيون بصداقة الرأسماليين الاحتكاريين ، ولكنهم فى الوقت نفسه ملأوا قلوب الكادحين بالقلق والخوف والبغضاء حيال ذلك العلم الناشىء . ولا غرابة فى ذلك وقد سهم أولئك العلماء فى تعقيد مشكلة البطالة ، وكانوا مسئولين من ثمة — إلى حد ما — عما تولده هذه المشكلة من اضطرابات نفسية — وانحرافات سلوكية بين المتعطلين .

هذا ويمكن للأساليب السيكولوجية أن تكون أداة ظلم اجتماعى ، أو وسيلة تتذرع بها فى الإبقاء على أوضاع اجتماعية جائرة . وقد وجه نفر كبير من علماء النفس الإنجليز هذه التهمة بالذات إلى اختبارات الذكاء التى تستخدم فى إنجلترا فى التمييز بين التلاميذ الأكفاء لمواصلة الدراسة فى المدارس التى تفضى إلى الجامعة ، وبين التلاميذ الذين لا يصلحون لغير المدارس الحديثة أو الفنية ، وهى لا تعد التلاميذ لمواصلة الدراسة الجامعية فيما بعد . ويتم توزيع التلاميذ على هذه المدارس فى سن الحادية عشرة تقريبا . ومعنى هذا أن واضعى الاختبارات يدعون أنها قادرة على أن تتنبأ بمدى صلاحية هذا الطفل أو ذاك للتعليم الجامعى بعد أعوام عدة . وبتعبير آخر أصبحت هذه الاختبارات قوة غاشمة تتحكم فى مصائر هذه الكائنات الصغيرة .

أقول قوة غاشمة ، مستخدما نفس التعبير الذى استخدمه بعض علماء النفس الإنجليز فى هجومهم العنيف على السياسة التعليمية التى تستخدم هذه الاختبارات فى تقرير مصائر أفراد يختلفون من حيث فرص كل المعيشية ، وأوضاعه الاقتصادية . فقد تبين لهؤلاء العلماء أن احتمال نجاح الأطفال الذين يعيشون فى ظروف اجتماعية مواتية أكثر من احتمال نجاح أقرانهم ممن ينتمون للطبقات الكادحة . وخلصوا من ذلك إلى أن استخدام الاختبارات السيكولوجية فى توجيه التلاميذ لهذا النوع أو ذاك من المدارس لا يحقق التوجيه السليم للنشء بقدر ما يعين على استمرار وضع اجتماعى جائر ، هو امتياز أبناء الطبقة البورجوازية على أبناء الطبقات الكادحة .

هذا التحذير من التطبيق غير الواعى للاختبارات السيكولوجية تبرره كذلك نتائج بحث قام به فى بيئتنا المصرية الدكتور مصطفى فهمى بالاشتراك مع الدكتور صبرى جرجس(١). أجرى الباحثان مجموعة من اختبارات الذكاء على ٣٤١٢ من تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى . وتم فحص هؤلاء جميعا من الناحية الطبية كما درست ظروف حياتهم الاجتماعية . وقد أجرى البحث فى مدينة القاهرة ، وفى ثلاثة أحياء هى : حى الإمام الشافعى ، وحى الحلمية الجديدة ، وحى جاردن سيتى . وقد قصد الباحثان من اختيار هذه الأحياء الثلاثة « أن تمثل المستويات الاجتماعية الثقافية الاقتصادية المختلفة » . وقد ذكر الباحثان ما يلى :

« وقد بدت لنا أثناء البحث فروق كبيرة بين تلاميذ وتلميذات الأحياء الثلاثة شملت المظهر العام للتلاميذ ، وما يبدو عليهم من نشاط ، وصحة ، ويقظة ذهنية ، وقدرة على التكيف مع موقف الاختبار وفهم التعليمات الخاصة به ، مما تأيد بعد ذلك بنتائج البحوث الاجتماعية والصحية التى أجريت على بعض المتخلفين من تلاميذ حى الإمام الشافعى ، (أفقر الأحياء الثلاثة) ، وهو الحى الذى كانت فيه نسبة المتخلفين عالية إلى درجة تستوقف الانتباه . كما شملت أيضا المدارس من حيث هى دور صالحة لمهمة التربية والتنشئة فى هذه المرحلة التكوينية من العمر . فبينما كانت مدارس حى جاردن سيتى (أغنى الأحياء الثلاثة) على سعة مناسبة ، وتضم الوسائل المنوعة التى يستطيع الأطفال عن طريقها إشباع حاجياتهم المختلفة ، كانت مدارس حى الإمام الشافعى ضيقة مزدحمة تنعدم منها وسائل التنشئة الصحيحة ، ولا يسمح جوها بقيام العلاقة الصحية النفسية بين المدرس والتلميذ وهى التى تعد من الدعامات الأولى فى عملية التربية ، وفى تكوين شخصية الطفل . »

هذا وقد أسفرت نتائج اختبارات الذكاء عن تفوق ملحوظ لتلاميذ حى الطبقة الراقية (جاردن سيتى) ، وتخلف واضح لتلاميذ حى الفقراء (الإمام الشافعى) ، فى حين احتل تلاميذ حى أوساط الناس (الحلمية) المرتبة الوسطى فى الذكاء بين تلاميذ الحيين السابقين .

---

(١) « بعض نتائج قياس الذكاء فى مدارس المرحلة الأولى . » صحيفة التربية ، السنة السابعة ، العدد الرابع ، مايو ١٩٥٥ .

أمن التفكير العلمى فى شيء أن ندعى بعد ذلك أن تفوق تلاميذ جاردن سيتى فى اختبارات الذكاء على تلاميذ الحلمية أو الإمام الشافعى يعبر عن امتياز طبيعى فى قدراتهم العقلية ؟!! أو لسنا نتجنى على العلم إن نحن تغاضينا عن الحقيقة الواضحة ، وهى أن التخلف الاقتصادى ، والإعياء ، والمرض ، والقلق ، والغفلة الذهنية ، وسوء التوجيه تتحالف على التلميذ الفقير فتعجزه عن منافسة أقرانه الأغنياء مهما كانت إمكانياته ، ومواهبه الكامنة ؟

وأرجو ألا يظن القارىء أننى أشكك فى قيمة القياس السيكولوجى ، وإنما أريد أن أذكر الفنيين الذين يعهد إليهم باستخدام الاختبارات فى تقرير مصائر صغار تمتلىء أفئدتهم بالطموح إلى حياة أفضل من تلك التى عاشها آباؤهم من قبل ، أن فقر الدم وغير ذلك من علل يصاب بها المحروم من التغذية الكافية قد يكون السبب الذى يكمن وراء تخلفه فى اختبار الذكاء .

وأريد أن أذكر الفنيين الذين يعهد إليهم باستخدام علمهم فى توجيه صغار يصارعون الأنواء ، دون أن يثنيهم ذلك عن طلب العلم طمعا فى حياة أكثر استنارة من تلك التى عاشها آباؤهم من قبل ، أريد أن أذكرهم بأن تخلف فتاة فى العاشرة فى نتيجة اختبار الذكاء قد لا يرجع إلى نقص عقلى ، وإنما إلى دوار أصابها نتيجة الإرهاق فى العمل بجوار أمها دون أن تحظى بنوم هنيء ، أو غذاء يعوض ما احترق من خلايا جسمها .

وأريد أن أذكر الفنيين المتحمسين لتطبيق الاختبارات السيكولوجية فى توجيه النشء أن من الأطفال من يجلس إلى هذه الاختبارات وقد صدعت رأسه الصغير هموم الأسرة ومشاكلها ومصائبها . وأن منهم من يجلس إلى هذه الاختبارات أقرب إلى النائم منه إلى المستيقظ ، لأنه قطع الطريق الطويلة الشاقة من منزله إلى مدرسته على قدمين ذاويتين لا تكادا تقويان على حمله .

وأريد أن أذكرهم بأن البون شاسع بين الآلة الصماء ، وبين الطفل . وأن الأساليب التى نستخدمها فى توجيه أطفالنا ينبغى أن تختلف عن تلك التى نستخدمها فى إدارة الآلة أو فى إصلاح عطبها .

وأريد أن أذكرهم أخيرا بأنه حتى لو فرضنا أن مقاييس الذكاء التى يستخدمونها لا تقل دقة عن مقاييس الضغط الجوى والحرارة ، فليس من حقهم تجاهل رغبات الأفراد ، وآمالهم ، ومطامحهم .

على أننى لا أقصد بهذا الحديث أن أزعزع ثقة طلاب الدراسات النفسية فى القياس السيكولوجى . فلا زلت عند رأيى الذى أكدته لهم مرارا ، ألا وهو أن التقديرات الكمية المضبوطة لسلوك الأفراد ، واتجاهاتهم الاجتماعية ، وقدراتهم لا بد أن تحل محل الأحكام الكيفية المائعة إذا أردنا تطوير علمنا بالنفس الإنسانية ، وتعميق فهمنا لمشكلات الأفراد . وإنما أقصد أن يكون الشك رائدنا فى الصحة المطلقة لأى حكم من الأحكام إذا كان يترتب على هذا الحكم أدنى تصرف فى مستقبل أى فرد من الأفراد . ولا يعنينا إن كان هذا الحكم تكون لدينا نتيجة تطبيق أدق الاختبارات النفسية ، ذلك أن الدقة المطلقة لا وجود لها ، وإنما المسألة مسألة احتمال ، ودرجة الاحتمال فى مجال الاختبارات النفسية أقل بكثير منها فى مجال المقاييس الطبيعية .

فلنصمم ما شئنا من اختبارات ، ولنعمل على تطوير هذه الاختبارات ، وزيادة درجة إحتمال صحة نتائجها بتطبيقها وتجربتها فى ظروف متعددة ، وفى بيئات مختلفة ، ولنستخدمها ما شئنا فى بحوثنا ليتيسر لنا الكشف عما يوجد من علاقات بين مختلف الظواهر النفسية . ولكن علينا فى دراسة الحالات الفردية ألا نكتفى بتطبيق هذا الاختبار أو ذاك ، بل نقارن بين نتائج الاختبارات المختلفة ، ونستقصى كافة العوامل المحيطة بجو الاختبار ، وكافة العوامل غير النفسية من ظروف بيئية وصحية إلخ .. ونحاول تفسير نتائج الاختبارات على ضوء جميع العوامل الأخرى .

فالمسلَّمة الأولى من مسلمات التفكير العلمى هى أن أية ظواهر ذلك العالم ناتجة عن تفاعل معقد طويل بين عوامل متعددة . ولا يكفى فى تفسير هذه الظاهرة أو تلك أن نستقصى العوامل التى سهمت فى إنتاجها ، وإنما يتعين علينا أن نقدر بالمقاييس المختلفة ، أو بالاستنتاج الرياضى نصيب كل من العوامل فى إنتاج الظاهرة التى نحن بصددها . والظواهر النفسية ليست بدعا بين ظواهر العالم الطبيعية فهى جزء من ذلك العالم ، ولا بد أن نطبق عليها مسلمات العلم كلها . ولكن المتخصص فى علم

النفس — وخصوصا إذا كان مبتدئا — قد ينزلق إلى وهم ما أخطره ، ومؤدى ذلك الوهم أن أية مشكلة من مشاكل الإنسان يكمن سرها فى حياته النفسية .

إن من يضطلع بدور التخطيط من أجل معالجة مشكلات المجتمع أيا كانت طبيعة هذه المشكلات ، ينبغى أن يتحرر من وجهات النظر المتحيزة ، ومن أوهام التخصص التى تنجم فيما أرى عن أنانية متشحة بوشاح التحمس العلمى . وينبغى على العكس من ذلك أن يستخدم الأسلوب التكاملى فى فهم الظواهر ، وفى تفسيرها ، وفى محاولاته العملية لحل المشكلات الاجتماعية . وإليك مثالا من ميدان المرض العقلى فى مصر أستقيه من التقرير السنوى عن أعمال مصلحة الصحة العقلية فى سنة ١٩٥٢ .

ورد فى التقرير أن عدد من أدخلوا مستشفى الخانكة ومستشفى العباسية معا ٣٨١١ مريضا . وكان عدد المصابين منهم بمرض البلاجرا ١٠٠٥ مريضا . والمريض بالبلاجرا يعانى فضلا عن أعراض الاختلال العقلى والتبلد الذهنى والخمول اضطرابات متعددة فى الجلد والهضم والأعصاب . وينشأ هذا المرض عن نقص فى فيتامين ب ، والأصل فى هذا النقص هو سوء التغذية .

والآن هل بوسع أى مهتم بمشكلة المرض العقلى فى مصر والحال كذلك أن يتجاهل ارتباطها ارتباطا وثيقا بالمشكلة الاقتصادية ؟ وهل بوسعه أن يتجاهل ارتباط هذه المشكلة الأخيرة بالمشكلة السياسية الكبرى ، وأعنى بها الاستغلال الاستعمارى ؟!

وعلى ذلك إذا أردنا علاجا لهذه المشكلة فينبغى ألا تكتفى بإعداد أطباء الأمراض النفسية ، وغيرهم من أخصائيين نفسيين ، بل لا بد من مهاجمة المشكلة الاقتصادية ، لا بد من رفع مستوى المعيشة وزيادة الإنتاج .

وإليك مستوى آخر من أمريكا . فقد لوحظ انتشار المخدرات بين زنوج أمريكا . والأخصائى النفسى الذى أعمى بصيرته التعصب والتحامل والحقد ، يستنتج من ذلك أن الزنجى خامل متكاسل بطبيعته ، ويتعامى عن الاعتبارات الجوهرية من اضطهاد يلاقيه الزنجى ، وحرمان من الحقوق الإنسانية ، وتسخير لقواه من أجل السيد الأبيض . وهذه اعتبارات كافية لغرس اليأس فى نفس الزنجى ، ولدفعه من ثمة إلى هذا المسلك الهروبى بل وإلى مسلك عدوانى، فلا يتورع عن جرائم الاعتداء التى تصبح

فى هذه الحالات أقرب إلى الانتقام من مجتمع ظالم منها إلى وسائل لإشباع شهوات شخصية . والدليل على صحة هذا التفسير أن إدمان المخدرات والجريمة كلاهما يقل شيوعه بين الزنوج حيث يخف الاضطهاد ، وتتهيأ لهم بعض فرص النجاح فى الحياة العملية .

وما عرفت أناسا يزيفون العلم ويخدعون أنفسهم بالأباطيل السيكولوجية كما يفعل الأوروبيون فى جنوب أفريقية . أولئك قوم صحت عزائمهم على ارتكاب أبشع جريمة فى تاريخ الإنسان ، ألا وهى إبادة جنس بأكمله ، وهو الجنس الملون كما يسمونه . فكم من كتاب نشره عالم نفسى يحاول أن يثبت فيه أن الجنس الزنجى ضعيف العقل ولا يمكن أن يرقى ذكاؤه إلى مرتبة البيض . وإن علماء النفس هناك ليرهقون أنفسهم فى تطبيق الاختبارات على عينات من السود وأخرى من البيض ، ثم يوردون الجداول المطولة ، والإحصاءات المفصلة فى معرض المقارنة بين نتائج السود ونتائج البيض فى اختبارات الذكاء ، مبينين تفوق البيض (طبعا !) على السود . أليست هذه سذاجة إن لم تكن عبطا فى التدليل ؟ اختبارات يصممها علماء بيض ، ويقوم بتطبيقها علماء بيض على شعوب حرمها البيض أنفسهم الكساء والغذاء ونعمة العلم ، ونكلوا بها ، وأعملوا فيها تشريدا وتعذيبا وتهديدا . اختبارات هذا شأنها ، هل يمكن أن تؤدى إلى غير ما يريد البيض من نتائج ؟

ذلك مثل آخر يبرر تحذيرى من علم النفس ، ويبرر تحذيرى من الأخذ بالأساليب السيكولوجية الأوروبية والأمريكية إلا بعد فحص لنوايا من اصطنعها ، وبعد دراسة وافية لها ، وبعد التحقق من صلاحيتها لظروفنا ، وملاءمتها لأهدافنا ، واتفاقها مع مبادئنا الإنسانية .

ومع كل ما قدمت من نقد لعلم النفس وعلمائه فذلك لا يبرر الإضراب عن الإفادة من الفنون السيكولوجية التى تقدمت فى البلاد الغربية تقدما رائعا وبخاصة منذ بداية الحرب العالمية الثانية . بل إنا نود لو أتيح لنفر منا أن يستقصى ما أحرزته الدول الشرقية فى أوروبا وآسيا من تقدم فى ميادين البحث السيكولوجى وتطبيقاته . فقد سمعنا عن طرق ابتكرها العلماء الروس فى معالجة الأمراض العقلية تختلف عن الطرق

التى يستخدمها زملاؤهم الغربيون ، وسمعنا عن تقدمهم الرائع فى ميدان علم النفس التربوى على وجه الخصوص ، وسمعنا عن تناقص الأمراض العقلية فى بلادهم نتيجة لإجراءات اجتماعية واقتصادية شاملة .

هذا وقد سمعنا جميعا عن تلك المعجزة الكبرى التى حققتها الصين الشعبية فى سنوات قلائل ، وأعنى بها القضاء على إدمان المخدرات . وسمعنا عن تقدم الهند الحديثة تقدما عظيم الشأن فى رعاية الشباب واستغلال طاقاتهم . لقد آن لنا أن نفيد من الشرق كما أفدنا من الغرب . ولا ضير فى أن ننهل من كل نبع ثقافى فالثقافة لا وطن لها . وفضلا عن ذلك فإن خير الاتجاهات الثقافية ما تولد عن الموازنة بين الاتجاهات المتناقضة ، وما جاء بعد تقليب وجهات نظر متشعبة .

حرب على الشعوذة

فى مصر ظاهرة لا ينبغى أن نستهين بما تخبئه من خطر على مستقبل الثقافة السيكولوجية فيها . ذلك أن كثيرا من الناس يستهويهم ذلك العلم الجديد ، علم النفس . يستهويهم ذلك العلم لأنهم يظنون أنه يكشف لهم عما تخفى الصدور .. ويمنحهم السعادة .. ويبرئهم من علل نفوسهم وأسقامها !! إنهم ينتظرون من أخصائيى ذلك العلم أن يسدوا الفراغ الذى خلفه السحرة ، والفلكيون ، وضاربو الرمل ، وذوو الكرامات من الأولياء والقديسين !! وكأنى بالأخصائى المبتدئ يشرف على هاوية من الشعوذة والانتهازية يدفعه الناس إليها دفعا .

وقد سقط فى هذه الهاوية فعلا نفر غير قليل من الأذكياء . و لم تعد المشكلة مشكلة جمهور مخدوع وأدعياء مضللين . ولا أعتقد أن بوسعنا حل هذه المشكلة بأن نعلن الحرب على الأدعياء ، أو أن نمنع الناس بالقوة من الاختلاف إليهم . فاستخدام القوة يعكس فهما قاصرا للمشكلة . لا بد قبل كل شيء أن تتناول هذه المشكلة على أنها ظاهرة تخضع للدراسة الموضوعية ، وتقبل التفسير العلمى . و لم يحدث إلى اليوم أن درست هذه الظاهرة الدراسة العلمية المستفيضة . ولذلك لا يسعنا أن نقدم التفسير الشافى لها .

ولكن قد تجمعت لدينا ملاحظات ومعلومات تكفى للتأكيد بأن الجهل وحده لا يمكن أن يفسر حدوثها . والدليل على ذلك أن حفلات الزار ، « وعيادات ! » التنويم المغناطيسى ، وجلسات تحضير الأرواح ، لا تخلو من « زبائن » بلغوا أعلى مراتب العلم . إن هؤلاء وغيرهم من رواد هذه الدوائر تعساء يسعون إلى شفاء النفس من أسقام ألمت بهم . ولعلهم طرقوا أبواب الأطباء دون جدوى . فلما أعيتهم حيل العلم ، لم يبق أمامهم إلا أن يطرقوا أبواب الشعوذة ويلتمسوا أساليب السحر

والخرافة . ولا بد أن نقدر سعى هؤلاء إلى الشفاء ، فلا نستخدم القوة فى علاج هذه الحال .

وإنما العلاج ـــ فيما أرى ـــ لا بد أن يتجه فى وقت واحد وجهات ثلاثة :

أولا :

نحاول علاج المشكلات الاجتماعية الكبرى ، من فقر ، وجهل ، وأمراض جسمية . فقد ثبت بأدلة قاطعة أن هذه المشاكل هى المصادر الرئيسية للاضطراب النفسى ، والاختلال العقلى ، فضلا عن الجريمة . وكل نجاح نحرزه فى مقاومة هذه الآفات يؤدى فى الوقت نفسه إلى انتشار الصحة النفسية على نطاق واسع ، ويرفع مستوى مقاومة المواطنين لعوامل الانهيار العقلى والخلقى على حد سواء ، ويزيد من قدرة هؤلاء على العمل وعلى الاستمتاع بخيرات الحياة .

ثانيا :

على أننا نستطيع أن نقف مكتوفى الأيدى أمام مشكلة المرض النفسى إلى أن يتم لنا الانتصار على آفاتنا الاجتماعية الكبرى . وإنما يتعين علينا أن نزيد من الخدمات العلاجية النفسية تقدم لمن هو فى حاجة إليها ،فنتوسع فى فتح مستشفيات الأمراض العقلية ، وعيادات التوجيه النفسى ، والإرشاد التربوى . ونهتم بإعداد عدد كاف من الخبراء فى هذه الميادين .

ثالثا :

ويجب فى الوقت نفسه أن نعمل على بث الوعى السيكولوجى لنقضى على الاتجاهات الخاطئة التى تمكنت من نفوس الناس ، ضد مرضى العقل ، وضد مستشفيات الأمراض العقلية . ولا يكفى أن نهيئ فرص العلاج من المرض العقلى ، بل لا بد أن نهيئ نفوس الناس كذلك لتقبل هذا العلاج دون وجل أو شعور بالعار . ولا بد أن نعرف الناس الحدود الفاصلة بين العلاج القائم على أسس علمية مضبوطة ،

وذلك الذى يقوم على ادعاء للعلم ، أو على الشعوذة والخرافة . والحق أن الناس لا يزالون فى حيرة أى باب يطرقون إن أصاب أحدهم مس ، أو ألمت به لوثة ، أو استبد به قلق — أيطرقون باب « طبيب أعصاب » ، أم « دكتور نفسانى » ، أم « طبيب أمراض عقلية » ؟ أم يولون ظهورهم لهذه الأبواب جميعا ملتمسين البرء والشفاء لدى « طبيب روحانى » ، أو لدى « دكتور فى التنويم المغناطيسى — من خريجى جامعات إنجلترا وفرنسا !! »

ألا إن الحاجة ماسة إلى من يفصل القول فى هذه الأمور ، ويقضى على الغموض الذى يحيط بهذا الميدان من ميادين العلم الإنسانى .

حديث الجنس والشذوذ

ومن الأمور التى تسيىء إلى علم النفس ، وتسمم ثقافة النشء فى بلادنا ، كثرة الحديث عن الشذوذ والجنس . ويزيد الأمر خطورة أن كثرة الذين يتحدثون عن هذين الموضوعين لا يعالجونه فى مستوى علمى ، ولا يعنيهم تنوير الأذهان بقدر ما يعنيهم اللعب على ميول المراهقين الجنسية ، وإشباع نهم بعض الناس إلى استطلاع الأسرار والفضائح . وأخشى أن يتوهم البعض أن علم النفس لا شأن له بغير موضوعى الشذوذ والجنس .

ولست أعترض على تنوير الناس بالحقائق العلمية عن التطور الجنسى ، والعلاقات الجنسية ، ومظاهر الاضطراب فيهما . وإنما أعترض على الكتابة فى هذه الموضوعات بقصد التسلية والإمتاع . فلو قد فعلنا ذلك لهبطنا بالمعرفة السيكولوجية إلى درك الصور المكشوفة ، والقصص الداعر .

وينبغى من ثمة أن نعرض عن أى كتاب يعالج هذه الموضوعات دون دراية علمية بها ، وأن نقدم للنشء الكتب التنويرية فى هذه الأمور حتى لا يضطروا إلى الالتجاء إلى كتب تشوه الحقائق .

وليس من الخير فى شىء أن يدرس المرء مظاهر الشذوذ قبل أن يقف على طبيعة الحياة النفسية فى ظروفها الطبيعية . ذلك أن من العسير على المرء إذا شغل بهذه المظاهر ألا يرى فى سلوك الناس حوله غير الشذوذ . بل إن من العسير على الأخصائى الذى لا يعنى بالسمات السوية ولا يفتش عنها فى شخصية المريض أن يأخذ بيده نحو الشفاء ، ويعينه على بلوغ الصحة النفسية . ومن أجل ذلك تلح المعاهد التى تعد أخصائيين فى التشخيص السيكولوجى على أن يبدأوا تدريبهم على أساليب التشخيص بحالات سوية ، ثم ينتقلون بعد ذلك إلى تطبيق هذه الأساليب على شتى ألوان المرض

النفسى . وهكذا لا يفقد الأخصائى حساسيته المرهفة لمظاهر الصحة النفسية .

والحق أن علم النفس المرضى قضى قضاء تاما على أسطورة تقسيم الناس إلى فئتين : فئة الأسوياء ، وفئة المرضى أو الشواذ . فالصحة النفسية ــ حسب المفهوم العلمى ــ تتحقق فى سلوك الناس ، وتفكيرهم ، وشعورهم بدرجات متفاوتة . والفرق بين من نحكم عليه بالصحة النفسية وبين من نحكم عليه بالشذوذ هو ــ فى نظر الأخصائى ــ فرق فى درجة تحقق سمات معينة فى شخصية كل منهما .

وأعتقد أن انتشار الثقافة السيكولوجية المستمدة من نتائج البحث العلمى كفيل بالقضاء على شعورنا المعقد نحو ضحايا المرض العقلى ، ذلك الشعور الذى هو مزيج من العداء لهم ، والخوف منهم . سوف تقرب الشقة بين مشاعرنا إزاء المرض الجسمى ، ومشاعرنا إزاء المرض العقلى . وذلك لأن الثقافة العلمية هى وحدها التى تستطيع أن تطرد من أذهاننا العقائد الفاسدة عن المرض العقلى ، وتستعيض عنها بمفاهيم موضوعية . وهى وحدها تستطيع أن تبين لنا أن المرض ظاهرة من ظواهر الحياة الطبيعية ، وتخضع لنفس القوانين .

حقائق ومبادئ

إن الصفحات السابقة تنطوى على مجموعة من الحقائق الجوهرية نوردها فيما يلى :

★ تلعب المعرفة السيكولوجية دورا هاما فى الحضارة المعاصرة . فهى شرط ضرورى لتفهم شتى نواحى النشاط الإنسانى ، كما أنها أساس لا غنى عنه فى توجيه حياتنا وتخطيط مشروعاتنا .

★ الدراسة النفسية — شأن أى دراسة علمية — مقضى عليها بالعقم والجمود إذا لم تتفاعل مع التيارات الثقافية السائدة ، وتتكيف لتغيرات البيئة وتقلبات التاريخ ، وتستجب لحاجات الأفراد ، وتقدر آمالهم وآلامهم . والأخصائى النفسى الذى يريد أن تعمق بصيرته السيكولوجية ، وتزداد حساسيته ، لا بد أن يتنسم هواء الجو الثقافى العام ، ويضطرب فى مناكب الحياة ، مستمدا الإلهام والفروض العلمية من شتى مصادر المعرفة .

★ إن الإحاطة بقوانين الحياة النفسية تزيدنا قدرة على توجيه الأفراد ، وتسديد خطاهم فى الحياة العلمية ، بيد أنها لا تعطينا اليقين المطلق فى صحة توجيهاتنا . ومن أجل هذا لا يحق لنا أن تفرض هذه التوجيهات على الأفراد ، غير عابئين برغباتهم أو ميولهم أو آمالهم .

★ البحوث النفسية أكثر البحوث تأثرا بالأهواء والعقائد الفاسدة . ولذلك فكثيرا ما تتمخض عن أباطيل تغرى الإنسان باستغلال أخيه الإنسان ، وتبرر للمتعصبين ما انطوت عليه عقولهم من أوهام السمو على غيرهم ممن يختلفون عنهم فى الجنس أو فى اللون أو فى العنصر . تلك الأوهام لا تستند إلى منطق ، وإنما تتولد عن مشاعر القلق والعدوان والشعور بالذنب .

★ إن بلادنا على أبواب نهضة اجتماعية رائعة ، كما تشرف على تقدم تصنيعى كبير .

وقد آمن المسئولون بضرورة التخطيط العلمي . ولا بد فى كل تخطيط من مراعاة الاعتبارات النفسية ، والإفادة من الفنون السيكولوجية التطبيقية . ولا بد فى الوقت نفسه أن تتخلص هذه الفنون من الاتجاهات الفاسدة التى تمخضت عن إغفال لكرامة الإنسان ، وحقه فى الحرية والعمل وتكافؤ الفرص . وما أحوجنا إلى تشجيع البحوث النفسية تشجيعنا للبحوث الطبيعية سواء بسواء حتى لا تتكتل على الفنون التطبيقية المستوردة من بلاد تختلف عنا فى ظروف الحياة وأنماط المعيشة .

★ إن انتشار الشعوذة باسم علم النفس ظاهرة تعكس حاجة الأفراد إلى العناية النفسية والتوجيه العلمى . ولا ينبغى أن نعمد إلى القوة فى علاج هذه الظاهرة . فهى ظاهرة نفسية اجتماعية تستحق الدراسة شأن أى ظاهرة أخرى . وإلى أن نتحقق بالدراسة العلمية من عوامل إنتشارها ، علينا أن نبذل قصارى الجهد فى القضاء على المشاكل الاجتماعية الكبرى ، أعنى الفقر والجهل والمرض ، فهى المصدر الرئيسى لما يسود فى المجتمع من قلق واضطراب عصبى وعقلى . ولا بد كذلك من التوسع فى خدمات العلاج النفسى ، والتوجيه المهنى ، والإرشاد . ولا بد فى الوقت نفسه من الاهتمام بنشر الوعى السيكولوجى ، اهتمامنا بنشر الدعاية الصحية . وانتشار الوعى السيكولوجى كفيل أن يقضى على الكتابات المغرضة التى لا هم لها إلا الحديث المبتذل عن العقد ، والمشاكل ، والشذوذ .

★ يجب أن نهتم بقوانين الحياة النفسية ، والعمليات العقلية السوية ، وشروط الصحة النفسية قدر اهتمامنا (وقبل اهتمامنا) بالاضطراب والمرض النفسى .

هذه حقائق استخلصناها من دراساتنا وملاحظاتنا ، ويمكن اتخاذها فى الوقت نفسه مبادىء نهتدى بها فى كل كتاباتنا .

خبراء النفوس

الخبير النفسى فى ميدان التربية

الأخصائى النفسى التربوى Educational Psychologist خبير بأطوار النمو النفسى ، والتغيرات العقلية التى تطرأ على الفرد منذ مولوده . ولديه الوسائل الكفيلة بالكشف عن الفروق بين الأفراد من حيث القدرات العقلية ، والمواهب الخاصة . وهو يستند إلى خبرته بهذه الأمور فى توجيه التلاميذ فى الدراسة ، فيختار للتلميذ نوع الدراسة النظرية أو العملية التى تؤهله للمهنة التى يصلح لها بحكم إمكانياته وميوله .

وهو يقوم بمقابلات شخصية للتلاميذ المطلوب توجيههم ، فيناقشهم طبقا لأصول فن المقابلة ، كما يستخدم الاستفتاءات ، والاختبارات السيكولوجية التى تبين درجة الذكاء ، وتكشف عن المواهب الخاصة ، وغيرها من اختبارات الشخصية التى تعطى صورة مضبوطة عن السمات الرئيسية فى شخصية التلميذ . ويهتم الأخصائى النفسى التربوى اهتماما خاصا بتاريخ الشخص التعليمى ، وبحياته الخاصة ، وما ألم به من مشكلات فى الماضى ، وما تحيطه من ظروف خاصة فى الوقت الراهن .

هذا وغير خاف أن المقابلة ، والاستفتاءات ، والاختبارات السيكولوجية ، وكتابة تاريخ الحياة ، هذه جميعا فنون سيكولوجية يحتاج المرء لاكتسابها فضلا عن الدراسة الجامعية للعلوم النفسية ، دراسات تخصص ومران عملى . ولذلك لا ينبغى أن يغيب عن أذهاننا أن دراسة علم النفس التربوى وحدها لا تؤهل أى شخص كى يصبح خبيرا بشئون التوجيه التعليمى والإرشاد التربوى . بل إن الأخصائى فى ميدان التربية لا بد أن يكون على اتصال دائم بتطورات السياسة التعليمية . فكل تطور يخلق فى بادئ الأمر إشكالات فى حياة التلاميذ والمدرسين ، وفى الجو المدرسى بوجه عام .

وبعد أن تتجمع لدى الأخصائى كافة المعلومات عن حياة التلميذ ، ومتاعبه الدراسية السابقة ، ونتائج اختبارات الذكاء والقدرات العقلية الخاصة والاهتمامات —

يقارن هذه المعلومات بعضها ببعض ، ويضع على أساسها التوصيات بخصوص الطريق الذى يفضل أن يسلكه التلميذ فى دراسته : يقترح دراسات معينة يرى أنها أنسب دراسات لعقلية التلميذ ونفسيته ، وقد يقترح أن يزاول التلميذ ألوانا معينة من النشاط الرياضى أو الاجتماعى أو الفنى .

ومن أهم الخدمات التى يؤديها الأخصائى التربوى هى ، تشخيص التخلف الدراسى . فهو يعتمد على وسائله الفنية السالفة الذكر فى تحليل العوامل التى تعوق التلميذ المتخلف عن مسايرة أقرانه فى فرقته أو فى سنه . وهو يعلم من خبرته أن التخلف قد ينتج عن ضعف عقلى بدرجاته المتفاوتة ، أو عن توتر نفسى وعجز — من ثمة — عن التكيف لجو الحياة المدرسية ، أو عن بغض لهذا اللون أو ذاك من ألوان التخصص . وقد ينتج عن سبب أقرب من هذا وذاك كالضعف الجسمى ، وسوء التغذية ، وشقاء الحياة المنزلية . وقد تتضافر عوامل عدة فتفضى معا إلى النتيجة الحتمية ، أعنى عجز التلميذ المنكوب بها عن استغلال إمكانياته فى التحصيل .

على أنه لا يكتفى بالتشخيص فحسب ، فمهمته من حيث هو خبير أو أخصائى مهمة تطبيقية . يضع التوصيات التى يرى أنها كفيلة بالقضاء على أسباب التخلف . وقد يحيل التلميذ — إذا دعا الأمر — إلى أخصائى فى العلاج الجسمى ، أو إلى عيادة نفسية . وقد يتولى أمر العلاج النفسى بنفسه فى الحالات التى لا تستدعى خبرة عميقة بفنون العلاج .

هذا يدل على خطورة الدور الذى يمكن أن يؤديه الخبير النفسى بمشكلات التربية والتعليم فى وقاية الأجيال من المرض العقلى أو الانحراف الخلقى .

الضعف العقلى :

إن إحدى المشاكل التى نحتاج فى مجابهتها إلى الخبرة العملية للأخصائى النفسى التربوى ، هى مشكلة تعليم الأطفال ضعاف العقول (البلهاء والمعتوهون) . وهم الأطفال الذين تكون قابلية النمو العقلى لديهم أقل من نصف قابلية طفل متوسط الذكاء من نفس عمرهم . وإذا أردنا التعبير الفنى قلنا إن ضعيف العقل هو الشخص الذى يكون عمره العقلى أقل من نصف عمره الزمنى . وعلى ذلك فالطفل ضعيف العقل



طفل ضعيف العقل . لاحظ جحوظ العينين وارتخاء عضلات الوجه . إن الحالات الدنيا من الضعف العقلي تكون في العادة مصحوبة باضطراب في الحواس والوظائف الحركية .



ضعيف العقل . عمره ٣٢ سنة . والضعف العقلي لديه مظهر واحد من مظاهر عدة لاضطراب عضوى . فهو مصاب مثلا بجفاف فى أنسجته ، وتصلب فى شرايينه .

الذى بلغ من العمر عشر سنوات ، يكون مستوى ذكائه (أو إمكانياته العقلية) أقل من مستوى ذكاء طفل عادى فى سن الخامسة فقط .

لقد بينت الإحصاءات[1] أن من بين كل ألف طفل فى المجتمع يوجد ثلاثة مصابون بالضعف العقلى . وأقول « مصابون » لأن الضعف العقلى ليس مجرد انخفاض فى مستوى الذكاء ، أو مجرد تخلف فى النمو العقلى ، بل هو اضطراب مرضى عام ينجم عن أسباب وراثية أو خلقية أو بيئية ، اضطراب يجعل من هؤلاء فئة مختلفة عن الناس . وحيث إن هؤلاء حالات مرضية فلا مكان لهم بين تلاميذ مدارس التعليم العادى . ويحتاج هؤلاء من ثمة إلى العزل فى معاهد خاصة بهم ، أو فى مستشفيات المرض العقلى العادية ، أو فى مستشفيات خاصة بهم . وهذا هو الإجراء الذى يتخذ فعلا فى أوروبا وأمريكا ، ويتخذ أيضا فى حالات خاصة . وفى هذه المؤسسات يحظى ضعاف العقول بما يحظى به مرضى العقول من خدمات طبية ونفسية تحت إشراف أطباء أخصائيين فى المرض النفسى ، وبالاستعانة بخبرة الأخصائيين فى علم النفس الكلينيكى .

وقد ورد فى تقرير هيئة اليونسكو أن الطب لم يوفق حتى الآن إلى علاج يؤدى إلى زيادة الإمكانيات العقلية لدى ضعيف العقل ، اللهم إلا إذا استثنينا حالات الضعف العقلى الناتجة عن نقص فى إفراز الغدة الدرقية . حقا إن بحوثا أجريت استخدم فيها عقار هو Glutanic Acid بغية رفع المستوى العقلى لأطفال ضعاف العقول . ولكن نتائج هذه البحوث لا تزال إلى الآن متضاربة ، وغير نهائية .

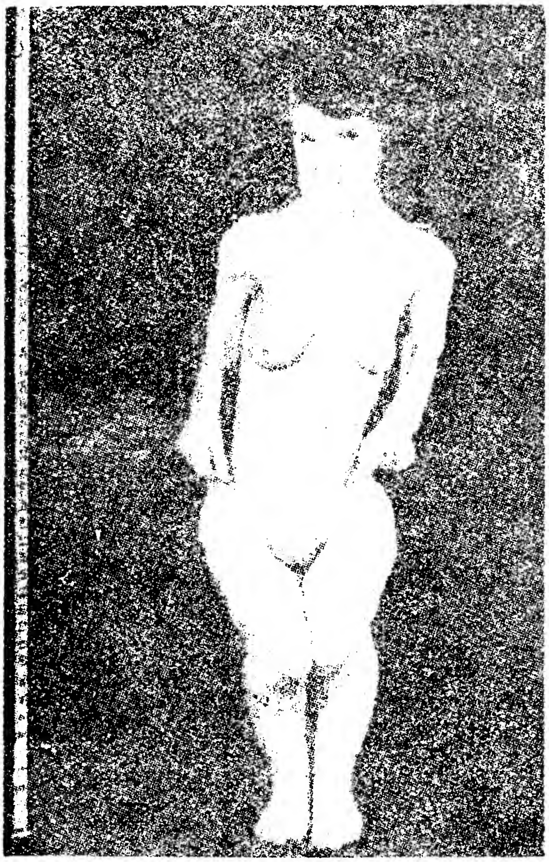
وإلى أن يتاح للطب أن يجد العلاج لهذا النقص ستظل مشكلة الضعف العقلى فى جوهرها مشكلة تربوية محض .

---

(١) حصلنا على هذه الإحصاءات من التقرير الذى نشرته هيئة اليونسكو أخيرا وهو Educatin & Mental Health (التربية والصحة النفسية) . وقد وضعه الأستاذ W. D. Wall (وول) بعد مراجعة بحوث عدد كبير من خبراء العالم فى الصحة النفسية ، وعلم النفس التربوى ، وبعد دراسة أكثر من مؤتمر عقدته الهيئة . وقد عهدت إلى وزارة التربية والتعليم المصرية بترجمة هذا التقرير .



فتاة ضعيفة العقل . والضعف العقلى لديها مصحوب باضطراب انفعالى . إن الغالبية العظمى من الأطفال ضعاف العقول فى أشد الحاجة إلى رعاية تربوية وخدمة نفسية ، حتى نجنبهم الاضطراب الانفعالى ، ونحميهم من الانحراف الخلقى .



عمرها ٥٥ سنة ، ترتيبها السادس فى أسرة مكونة من سبع عشرة ، ضعيفة العقل ومع ذلك أمكن بفضل عناية المسئولين فى مؤسسة ضعاف العقول أن تجيد شغل الإبرة ، وتبرع فى أعمال الكروشيه .



لازمه الصرع منذ طفولته ، فكان طبيعيا أن تؤدى نوبات التشنج المتكررة إلى تعطيل نمو قواه العقلية . وهكذا أضيف إلى داء الصرع كارثة الضعف العقلى . ليس هذا فحسب ، بل أن اضطراب علاقاته الأسرية ، واضطرابه العضوى ، وانعدام التوازن فى حياته الانفعالية أفضى إلى إصابته بجنون الهوس . لو أتيحت لهذا البائس رعاية طبية ونفسية منذ ظهر لديه داء الصرع فى طفولته ، فربما أمكن تجنيبه الجنون ، ومساعدته على استغلال قواه العقلية إلى أقصى حد ممكن .

حقا إن بعض هؤلاء الأطفال ليس لهم من القدرة العقلية غير حظ ضئيل جدا ، وبعضهم مصاب بتعطيل أو تشوه عضوى ، فضلا عن اضطراب انفعالى ، لدرجة تعجز الطفل عن تعلم أبسط عادات الروتين اليومى ، كتناول الطعام ، والنظافة ، والإخراج . وإن طفلا هذا شأنه لا نملك حياله إلا الرعاية لمجرد تجنبيه إلحاق الأذى بنفسه أو بغيره من الناس . أى أن مشكلة هذا الطفل ليست مشكلة تعليمية بقدر ما هى مشكلة رعاية وإشراف .

ولكن أغلب ضعاف العقول يمكن تعليمهم تناول الطعام ، وارتداء الملابس تحت إشراف . ويمكن أن نخلق منهم كائنات اجتماعية قادرة — إلى حد — على الاستجابة للالتزامات الواضحة ، والخضوع لقواعد العرف العام . ويمكن مع الجهد كذلك أن يتعلموا الأعمال الآلية التى لا تتطلب أكثر من تكرار حركات يدوية رتيبة .

معنى هذا أن غالبية ضعاف العقول يمكن بالرعاية المستنيرة ، والجهد المتصل ، تجنيبهم الحياة الخاملة ، وما ينجم عنها من ملل وضيق ، وإنقاذهم من الحياة فى مستوى حيوانى ، وبالتالى تخفيف عبئهم على كاهل المجتمع . ولكن على من يقع عبء توجيه هؤلاء الأطفال ؟ من هو الخبير الذى يصمم خطط تعليمهم ، ويتخير لكل منهم الأعمال التى تناسبه ؟ ومن الذى يقوم بعملية فرز هؤلاء من بين جموع أطفال المدارس فى أول مراحل الدراسة ؟

إن الذى يضطلع بهذه المهام جميعا هو الأخصائى النفسى التربوى . على أن ما يحدث إلى الآن فى أوروبا هو أن هذه الفئة يمكن بسهولة اكتشافها منذ مراحل التعليم الأولى ، وتعزل فورا فى مستشفيات الأمراض العقلية ، أو فى مستشفيات خاصة لضعاف العقول . وبذلك تخرج من اختصاص السلطات التعليمية ولا يعود للأخصائى النفسى التربوى من حيث هى خارج حدود معاهد التعليم شأن بها . ويتولى أمرهم أطباء الأمراض العقلية والأخصائيون فى علم النفس الكلينيكى .

التخلف العقلى :

وتوجد فئة أخرى أكثر عددا من فئة ضعاف العقول ، إمكانياتها العقلية أقوى بعض الشيء من إمكانيات ضعاف العقول ، ولا تعتبر فئة شاذة ذات خصائص قائمة

بذاتها شأن فئة ضعاف العقول . وإنما الفرق الجوهرى بينها وبين الأطفال العاديين هو فرق فى مستوى القدرة العقلية فحسب . ويمكن تقسيم هذه الفئة إلى مجموعتين ، مجموعة تتراوح نسبة ذكائها[1] بين ٤٠ , ٥٠ ؛ ومجموعة أخرى تتراوح نسبة ذكائها بين ٦٠ , ٧٠ . ومعظم أفراد هذه الفئة غير مصابين بأعراض مرضية (جسمية أو فسيولوجية) يمكن أن تعتبر سببا فى تخلفهم فى المستوى العقلى . وهذا ما يمنعنا من أن نلحقهم بفئة ضعاف العقول . وقد دلت إحصاءات تقرير هيئة اليونسكو السالف الذكر على أن عدد أفراد هذه الفئة يبلغ ٢٪ وأحيانا ٣٪ من مجموعة السكان .

ونظرا لتخلف هؤلاء العقلى ، فليس فى مقدورهم متابعة الدراسة التى يتابعها الأطفال الآخرون طبقا للنظم التعليمية العامة . كما أن المدرس العادى لا قبل له بالعمل مع هؤلاء ، أو بإصلاح شأنهم . ولذلك تنشئ لهم معظم الدول المتقدمة فصولا خاصة فى المدارس العادية . وتنشئ لهم أحيانا مدارس أو معاهد خاصة . وفى كلتا الحالين توضع لتعليم هؤلاء نظم تعليمية مختلفة بعض الشيء عن النظم التعليمية العامة ، كما تدعو الحاجة إلى خبرة الأخصائيين فى علم النفس التربوى فى توجيههم ، ووضع

---

(١) **نسبة الذكاء** Intelligence Quotient مصطلح علمى يدل على مستوى ذكاء الفرد بالنسبة للمستوى العام للأشخاص الذين فى مثل سنه . وللحصول على هذه النسبة لدى شخص ما نحسب **عمره العقلى** باستخدام اختبارات الذكاء ، ثم نقسم العمر العقلى هذا على **العمر الزمنى** ، ثم نضرب النتيجة فى ١٠٠ لنتخلص من الكسر . لنفرض إن طفلا عمره العقلى ٥ سنوات، وأن عمره الزمنى ٥. معنى هذا أن ذكاءه يعادل ذكاء معظم أطفال عمره فتكون نسبة ذكائه $\frac{٥}{٥}$ × ١٠٠ = ١٠٠. أما إذا كان عمره ٤ سنوات فقط (أى أقل من المستوى العام للأطفال الذين من عمره) كانت نسبة ذكائه $\frac{٤}{٥}$ × ١٠٠ = ٨٠ . وعلى العكس من ذلك ، إذا بينت اختبارات الذكاء أن عمره العقلى (أى المستوى الذى بلغه نموه العقلى) ٦ سنوات ، كانت نسبة ذكائه $\frac{٦}{٥}$ × ١٠٠ = ١٢٠ . والخلاصة أن نسبة ذكاء ١٠٠ تعبر عن الاتفاق بين ما بلغه الشخص من النمو العقلى وما بلغه من العمر . فإذا قلت عن ذلك كان الشخص متخلفا فى النمو . وإذا زادت كان يسابقا فى نموه على غيره ممن هم فى عمره . وأن ضعاف العقول هى الفئة التى لا تبلغ نسبة ذكائهم درجة ٥٠ .

البرامج لهم . يتم كل ذلك تحت أشراف السلطات التعليمية العادية .

وكثيرا ما يؤدى الإهمال فى رعاية هؤلاء ، أو عدم الشعور بالمسئولية حال اختبار ذكائهم إلى معاملتهم معاملة فئة ضعاف العقول الذين لا يصلحون للتعليم ، فيوضعون فى مستشفيات المرض العقلى ، أو معاهد ضعاف العقول . وفى هذا اعتداء صارخ على حقوق الأفراد ، وحرمان لهم من استغلال إمكانياتهم إلى أقصى حدودها . وقد بينت البحوث فى أوروبا أن عددا قليلا من المتخلفين عقليا يظلون كذلك مدة التعليم الأول فقط ، ثم يتحسنون فى مراحل التعليم التالية إلى درجة تسمح لهم بمسايرة التلاميذ ذوى الذكاء المتوسط . فإذا لم يكن بالمدرسة إشراف واع من قبل أخصائى متمرن ، قضى على هذا العدد بالتخلف طوال حياته .

الغباء :

على أن أخطر مشكلة تجابه السلطات التعليمية هى مشكلة التلاميذ الأغبياء ، الذين هم دون المتوسط فى نموهم العقلى . وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٦٥ , ٩٠ وتبين إحصائيات[1] تقرير هيئة اليونسكو أن عدد هؤلاء التلاميذ فى المدارس الأوروبية يتراوح بين عشرة وخمسة عشر فى المائة من مجموع التلاميذ . وترجع خطورة هذه المشكلة إلى عدد هؤلاء التلاميذ ، فضلا عن صعوبة اكتشاف غبائهم فى أولى مراحل التعليم . وتلاميذ هذه الفئة (إن صح تسميتها فئة فالواقع ألا فرق بين أفرادها وبين متوسطى الذكاء إلا فى الدرجة فحسب) ، أبطأ من غيرهم فى كل شىء : فهم يتعلمون القراءة كغيرهم ، ولكن لا يستطيعون إجادتها إلا فى سن متأخرة بالنسبة لأقرانهم . أو هم قد يجيدون النواحى الآلية فى القراءة ، فى حين يتخلفون بالنسبة لمن هم فى سنهم فى القدرة على فهم ما يقرأون . وهم يجدون صعوبة كبيرة فى مادة الحساب . ويتخلفون ، بالإضافة إلى كل هذا ، فى كسب العادات الاجتماعية ، وبخاصة تلك التى تتطلب تقديرا للعواقب ، أو بعد نظر .

ولو أتيحت لهؤلاء الظروف المواتية ، لاستطاعوا اجتياز المراحل التعليمية الأولى

---

(١) يؤسفنى أن أقول إنه لا توجد فى مصر إحصاءات تبين عدد أفراد كل فئة من فئات الذكاء . ولذلك اضطررت إلى الاعتماد على إحصاءات أوروبية .

دون تعثر ، ولكنهم يأخذون فى التعثر ، ويتضح تخلفهم بعد ذلك ، وتأخذ المسافة بينهم وبين أقرانهم من نفس السن فى الاتساع عاما بعد آخر .

فإذا كانت السلطات التعليمية عندنا تتجاهل وجود عدد غفير من هؤلاء فى مدارسنا ، فسنظل نعانى مشكلة خطيرة حقا ، مشكلة تحملنا فوق طاقتنا من المال ، بل ومن سعادة الأبناء . فهذه المشكلة تكون جزءا كبيرا من مشكلة سوء نتيجة الامتحانات ، وتكون فى الوقت نفسه جزءا كبيرا من مشكلة الاضطراب النفسى بين تلاميذنا . لا بد إذن أن نكتشف بالطرق السيكولوجية الأطفال الأغبياء فى مدارسنا ، ونوجه لهم عناية فردية تقيم وزنا لإمكانياتهم المحدودة . ولا حاجة بنا إلى عزل هؤلاء فى مدارس خاصة ، فهم كغيرهم من التلاميذ كما أسلفنا إلا أن حظهم من الذكاء أقل بعض الشىء . وإذا لم نفعل ذلك ، استحالت حياة عدد غفير من أبنائنا (حوالى ١٥٪ منهم) إلى سلسلة من المحاولات المخفقة ، تعقب كل محاولة منها صدمة نفسية ، وتخلف كل صدمة منها جرحا يأخذ فى الاتساع عاما بعد آخر . ويزيد الطين بلة ما يلقاه التلميذ فى حالة الفشل من عقاب أو توبيخ من جانب أفراد الأسرة ، فضلا عن الازدراء أو الاستهانة من جانب المعلمين والأقران . فتمتلئ نفسه بالمرارة ، والعدوان ، فضلا عن مشاعر الحرمان والنقص والذنب .

لا غرابة إذن أن الاضطراب النفسى يشيع فى صفوف هؤلاء أكثر مما يشيع فى صفوف الأذكياء من التلاميذ . ولا غرابة كذلك فى أن السلوك العدوانى ، وشتى أعراض الانحراف الاجتماعى تجد سبيلها إلى هؤلاء فى سهولة

ليس هذا فحسب هو ما ينتج عن إهمال شأن هؤلاء ، بل إن مصيرهم (ولا ينبغى أن ننسى أنهم يبلغون قرابة خمسة عشر فى المائة من أبنائنا) إلى دياجير الأمية أو ما يشبه الأمية فى مستقبل حياتهم ، أو إلى الاضطراب النفسى ، أو إلى احتراف الجريمة . وقد لا يصيرون إلى شىء من هذا ، ولكن البطالة تحتضنهم ، فيعيشون عبئا ثقيلا على الناس ، وعالة على الاقتصاد القومى .

ذلك هو المصير الذى يهدد سلامة هؤلاء الأطفال ، ومستقبلهم ، وصحتهم النفسية ، والذى يهدد سلامة المجتمع ، والاقتصاد القومى . هذا المصير كان يمكن

أن نتجنبه لو أضفنا إلى ميزانية التعليم الحالية قدرا من المال ينفق فى إجراء بحوث ، لأكتشاف مستويات الذكاء الحالية فى مدارسنا يعين لها علماء متفرغون ، وفى إعداد عدد كاف من الفنيين فى علم النفس التربوى ، يعينون فى المدارس أو فى المناطق إلى حين ، وتقتصر مهمتهم على الأعمال الفنية التى أشرنا إليها فلا يكلفون بأية أعمال إدارية أخرى كما حدث ويحدث بالنسبة لأخصائيى الخدمة الاجتماعية .

ولنعلم أن هدف التوجيه السيكولوجى فى مجتمع ديموقراطى يؤمن بقيمة كل فرد ، ليس أن نوفر أحسن الفرص للنابهين وأوساط الناس فحسب ، بل أن نتيح لكل فرد مهما كانت ضآلة حظه من الذكاء أو القدرة أن يستغل إمكانياته إلى أقصى حدودها . وإن النظام التعليمى المثالى لهو الذى يوفر الوسائل الكفيلة باكتشاف النابهين بغية الإفادة من نباهتهم ، واكتشاف الأغبياء بغية تجنيبهم المصير الذى يلحق بضعاف العقول ، بل والعمل على أن يحيا ضعاف العقول فى مستوى إنسانى كريم برغم ما نكبوا به من نقص .

والحمد لله أن التعليم فى مصر اليوم يشرف عليه أناس يؤمنون بكرامة الأفراد ، وبمبدأ تكافؤ الفرص .

التخيير النفسى فى ميدان العمل والإنتاج

إن التقدم الذى أحرزه علم النفس الصناعى تمخض عن نشأة أساليب فنية تستخدم فى اختيار أصلح الناس لمهنة معينة ، وفى اختيار أصلح المهن لشخص بالذات ، كما تمخض عن نشأة طرق سيكولوجية تستخدم فى رفع مستوى الإنتاج . وهكذا نشأ لون جديد من التخصص السيكولوجى ، وعرف الناس أن المصانع ، أو المكاتب ، أو وحدات الجيش ، ليس أقل حاجة إلى أخصائى نفسى من المدرسة ، أو من مستشفى الأمراض العقلية .

وإذا ذكر الأخصائى فى علم النفس الصناعى ذكرت الفروق بين الناس من حيث القدرات . فالواقع أن تخصصه يقوم على هذه الحقيقة العلمية : إن قدرة الأفراد على القيام بعمل من الأعمال تتفاوت تفاوتا شاسعا ، سواء أكان ذلك العمل عزفا على آلة موسيقية ، أو كتابة على آلة كاتبة ، أو تأدية أعمال السكرتارية ، أو قيادة السيارات ، أو عد أوراق البنكنوت ، أو كتابة القصة ، أو إجراء عملية جراحية . وقد أجريت بحوث عدة لمعرفة مدى التفاوت فى قدرات العمال على تأدية عمل صناعى معين . وقد أمكن فى أحد هذه البحوث حساب عدد ياردات القماش التى تخرج من النول فى أحد مصانع النسيج ، وأمكن قياس معدل إنتاج العامل فى الدقيقة الواحدة محسوبا بعدد « الغرز » . وتبين أن أبطأ عامل يتم ٦٢ « غرزة » فى الدقيقة ، وأن أسرع عامل يتم ١٣٠ « غرزة » . هذا تفاوت كبير حقا فالعامل الأخير ينتج أكثر من ضعف ما ينتجه العامل الأول . وإذا كان العمل بالمقطوعية فإن العامل الأول يكسب نصف ما يكسبه العامل الثانى . هذا من وجهة نظر العامل ، أما من وجهة نظر صاحب العمل فالنول الذى يعمل عليه العامل الثانى يحقق له من الربح ضعف ما يحققه له النول الذى يعمل عليه العامل الأول . هذا مع العلم بأن النولين متكافئان من حيث إمكانية الإنتاج

ومن ثمة إمكانية الربح .

وقد أجريت بحوث مماثلة لبيان نسبة أحسن عامل إلى أسوأ عامل ، فتبين أن هذه النسبة هي ٢ : ١ في كثير جدا من الأعمال . نذكر منها على سبيل التمثيل أرباح العاملات في صناعة الجوارب وأرباح سائقي التاكسي. ونبين أن النسبة تزيد عن ذلك كثيرا في صناعات أخرى . فنجد في عملية طلاء الملاعق مثلا أن أكفأ عامل ينتج خمسة أمثال أضعف عامل . ويكاد يجمع الأخصائيون في علم النفس الصناعي على أنه إذا كنا نقارن بين أفراد غير شواذ ، أفراد يؤدون تحت نفس الظروف عملا معينا ، فإن قدرة أكفأ فرد على تأدية هذا العمل تعادل في المتوسط ثلاثة أو أربعة أمثال قدرة أقل الأفراد كفاية . ويجب ألا يغيب عن بالنا أن المقارنة في هذه الحالة إنما هي بالنسبة لعمل معين وليس بالنسبة لكل الأعمال ، وبشرط أن الأفراد الذين نقارن بينهم يعملون تحت ظروف مماثلة . فنحن نعلم أن الشخص قد يجيد عملا معينا ، ويخفق إخفاقا تاما في عمل آخر ، ويكون متوسطا في عمل ثالث .

إذا كان هذا التفاوت في القدرات حقيقة علمية ، وإذا كان إخفاق المرء في عمل لا يعني بالضرورة عجزه عن إجادة عمل آخر ، فما أشد حاجة الأفراد إلى وسيلة لاكتشاف نوع الأعمال الذين هم مؤهلون لها أحسن تأهيل . إن فن « التوجيه المهني » Vocational Guidance يحاول أن يؤدي هذه الخدمة للأفـراد على أساس الدراسة السيكولوجية للقدرات والصفات التي يتطلبها النجاح في الأعمال المختلفة . وبعبارة أخرى أن مهمة الخبير في التوجيه المهني هي أن يعين الأفراد على اختيار أنسب الأعمال التي يصلحون لها أكثر من غيرها .

وفي الوقت نفسه فإن رجل الأعمال يهمه أن يتعرف على قدرات المرشحين للعمل عنده . فهو يعلم أنه إذا وفق إلى اختيار العمال الذين تتمشى قدراتهم مع الأعمال الذين يطلب منهم الاشتغال بها ، فإن إنتاجه يزداد ، وحوادث العمل تقل وتزداد من ثمة أرباحه . وإن فن « الاختيار المهني » Occupational Selection هو الذي يحاول أن يؤدي لصاحب العمل هذه الخدمة . والخبير في الاختيار المهني يكون بصدد عمل يعرف بوسائله العلمية المؤهلات العقلية والشخصية اللازمة لإجادته ، و مرشحين

كثيرين لهذا العمل ، ومهمته هى اختبار هؤلاء المرشحين والتنبؤ بمدى صلاحية كل منهم للاضطلاع بهذا العمل .

والواقع أن التوجيه المهنى ، والاختيار المهنى هما فى الغالب مهمتان يؤديهما أخصائى واحد هو الأخصائى فى علم النفس الصناعى ، وكل تقدم فى أحدهما يؤدى إلى تقدم أكيد فى الآخر . والتخصص فيهما يحتاج فضلا عن الدراسة الجامعية فى فروع علم النفس المختلفة دراسة عملية بعد ذلك ، وتمرينا كافيا .

فالعلم الصرف لا يعطى الإنسان القدرة ولا الحق فى تقديم النصيحة العملية سواء لصاحب العمل أو للعامل ، وإنما العلم مدعما بالبحث المستمر ، والخبرة العملية فى ميدان العمل نفسه كلاهما شرط ضرورى لا بد من تحققه فيمن يتصدى لتوجيه الأفراد فى الحياة العملية .

إن الأمثلة التى أوردناها إلى الآن مستمدة من مجال الصناعات البسيطة . ولا بد أن نشير إلى أن التفاوت فى القدرات بين الأفراد يوجد كذلك وعلى نحو أكبر فى الأعمال الأكثر تعقيدا ، مثال ذلك لعب التنس والشطرنج ، فكلاهما نشاط أكثر تعقيدا من عملية طلاء الملاعق ، وإجادة كل منهما تتطلب عددا أكبر من القدرات وتتوقف على عدد أكبر من العوامل . ولا شك أن التفاوت فيهما بين أحسن لاعب وأضعف لاعب أكبر بكثير جدا من التفاوت بين أكفأ عامل وأسوأ عامل فى عملية طلاء الملاعق . ويأخذ التفاوت بين الأفراد فى الازدياد كلما زادت الأعمال تعقيدا وفنية .

على أن الاختيار والتوجيه لم يكتب لهما النجاح والانتشار إلا فى محيط المهن الصناعية البسيطة ، فلم تصمم بعد الاختبارات التى يمكن الاعتماد عليها فى التنبؤ بكفاية طالب متقدم للجامعة بالنسبة لمهنة كالجراحة ، أو المحاماة .

ولا نزال فى حاجة إلى بحوث تستغرق زمنا وجهدا ومالا قبل أن يخوض التوجيه والاختيار المهنى ميدان المهن المعقدة .

* * *

والآن علينا أن نتساءل : كيف يؤدى الخبير النفسى مهمة الاختيار ؟

الاختبار الشخصي :

إن ما يحدث الآن في معظم الحالات هو أن يقوم الخبير النفسي بمقابلة المرشحين لعمل معين مقابلة شخصية . وتكون هذه المقابلة بمثابة « اختبار شخصي » Interview . وقد شاع الاختبار الشخصي في مصر أخيرا ، إذ يستخدم أداة لاختيار الطلاب في بعض المعاهد ، والموظفين في بعض الأعمال . وكثيرا ما يقوم بعملية الاختبار أفراد لا علم لهم بفنون الاختيار والتوجيه السيكولوجية . وحتى إذا فرضنا أن الاختبار الشخصي يقوم به خبراء نفسيون مدربون على فن المقابلة ، فإن الاختيار يندر أن يكون أفضل من الاختيار « العمياني » عن طريق الصدفة . نقول هذا بناء على بحوث تجريبية عدة أثبتت بما لا يقبل جدالا أن الاختبار الشخصي عملية غير مضبوطة فضلا عن كونها أسوأ فنون الاختيار المهني ، وأكثرها تعرضا للخطأ في التنبؤ بصلاحية الأفراد لهذا العمل أو ذاك .

تبين أن أعضاء لجان الاختبار الشخصي يختلفون اختلافا كبيرا (ويتناقضون في حالات كثيرة) في أحكامهم على الأشخاص وتقديراتهم لقدرات هؤلاء الأشخاص، وفي فهمهم لسمات شخصياتهم . وقد شاء « سكوت » Scott أن يتبين بطريقة تجريبية مدى صلاحية الاختبار الشخصي في عملية الاختيار . لجأ إلى أحدى المؤسسات وجمع ستة من خيرة مديريها ومن أكفئهم في الإشراف على موظفي المؤسسة . وطلب من كل من هؤلاء المديرين أن يختبر اختبارا شخصيا (أي عن طريق المقابلة) ٣٦ شخصا مرشحين لوظائف البيع . وحدد الغرض من الاختبار وهو التنبؤ بمدى صلاحية كل من هؤلاء المرشحين للقيام بوظيفة البيع للجمهور ، وكان على كل مدير أن يرتب المرشحين ترتيبا تنازليا حسب القدرة على الاضطلاع بهذه الوظيفة . قام كل من المديرين الستة بترتيب المرشحين . وبمقارنة نتائج المديرين بعضهم ببعض تبين أن التفاوت كبير جدا بين تقديراتهم . آية ذلك أنهم جميعا اختلفوا في حالة ٢٨ مرشحا — هل يجب أن يكون ترتيبه في النصف الأول من المجموعة أو في النصف الأخير .

وقام « سكوت » ببحث آخر . فقد طلب من ١٣ مديرا بإحدى مؤسسات البيع أن يقدروا كفاءة ١٢ بائعا يعملون تحت إدارتهم في مؤسستهم . وواضح أن تقديرات

المديرين فى هذه الحالة قائمة على الاتصال المباشر بالباعة وملاحظة قدراتهم الفعلية على البيع . يمكن إذن أن يتخذ متوسط تقديراتهم كمعيار نعتمد عليه فى تعرف دقة أى اختبار من الاختبارات التى تدعى القدرة على التنبؤ بصلاحية العمال لعملية البيع . وهذا ما فعله خبيرنا « سكوت » ، إذ طلب من بعض الخبراء أن يقابلوا الباعة الاثنى عشر ويختبروهم اختبارا شخصيا ويقدرون صلاحيتهم لعملية البيع . وبمقارنة تقديرات المديرين بنتائج الاختبار الشخصى تبين أن الاتفاق بينهما من الضآلة بحيث يمكننا أن نقرر عدم صلاحية الاختبار الشخصى لتأدية الغرض منه ، ألا وهو التنبؤ بصلاحية الفرد لهذا العمل أو ذاك قبل الاضطلاع بذلك العمل . وهذا الراى يكاد يجمع عليه معظم الأخصائيين فى علم النفس الصناعى بعد قرابة نصف قرن من التجريب العلمى فضلا عن الخبرة العملية .

الاختبارات السيكولوجية :

ماهى إذن الأداة الفنية التى يستخدمها الخبير النفسى فى التنبؤ بصلاحية فرد ما للقيام بهذا العمل أو ذاك ؟

إن الأداة هى الاختبارات الموضوعية المصممة تصميما علميا.وقبل أن نتحدث عن عملية تصميم الاختبارات السيكولوجية لا بد أن نوضح مفهوم الصلاحية أو الكفاية .

يكون الفرد صالحا أو كفؤا لعمل معين إذا كان ينتج أكبر كمية ممكنة فى وقت معلوم ، أو إذا كان ينتج أحسن نوع ممكن من السلعة التى ينتجها . فالصلاحية أو الكفاية تقاس من حيث الكم أو من حيث الكيف . وقد يكون مقياس الصلاحية هو قدرة الشخص على تجنب الخطأ ، أو على تفادى الحوادث . وقد يكون المقياس قدرة العامل على الاحتفاظ بوظيفته أطول مدة ممكنة ، أو قابليته للتقدم فى هذه الوظيفة . وقد يكون المقياس هو الربح الذى يستطيع العامل أن يجنيه من عمله . وهنالك عوامل أخرى كثيرة ويمكن اتخاذها جميعا علامة أو مقياسا أو معيارا للكفاية أو الصلاحية .

والآن كى نشرح طريقة تصميم الخبير النفسى لمجموعة من الاختبارات يحسن أن

نأخذ مثالا عمليا . هذا المثال مستمد من أعمال الكهرباء .

إن الاقتصاد فى توزيع التيار الكهربائى على المستهلكين يتطلب تخفيض قوة التيارات الكهربائية ذات الفولت العالى . وتحقق محطات الكهرباء الفرعية عملية التخفيض هذه . إذ تقوم هذه المحطات الفرعيه باستقبال التيار ذى الفولت العالى من محطات التوليد فى خطوط متعددة ، وبعد أن تتم عملية تخفيف قوة التيار يحول فى دوائر كهربائية متعددة إلى المستهلكين . هذه الشبكة من الخطوط والدوائر التى يمر التيار من خلالها تشمل معدات كثيرة خاصة بتحويل الفولت والتحكم فى كمية التيار وشدته ، وتشمل إلى ذلك عددا كبيرا من « العدادات » وغير ذلك من أجهزة على درجة كبيرة من التعقيد .

وعلى من يقوم بإدارة هذه المعدات والأجهزة أن يعالج عددا كبيرا من المفاتيح ، وعليه أن يقرأ العدادات باستمرار ، وعليه كذلك صيانة المحطة وما بها من معدات . وإن المسئولية الرئيسية التى يضطلع بها الشخص القائم على العمل بالمحطة هى تفادى أى خطأ فى معالجة المفاتيح المختلفة . فعليه أن يكون شديد الحذر حتى لا يدير مفتاحا بدل آخر ، وعليه كذلك أن يدقق فى قراءة العدادات المختلفة . ذلك أن خطأ واحدا تترتب عليه لا محالة كارثة محققة . فقد ينطفئ النور أو ينقطع التيار دون سابق إنذار فى مستشفى أثناء عملية جراحية خطيرة . وإن من الأعمال الصناعية ما يعتمد على عمليات مستمرة لا ينبغى أن تتوقف . وغير خاف ما يترتب على انقطاع التيار عن كثير من المؤسسات من خسائر وتعطيلات . وأضف إلى كل هذا أن الخطأ يقع فيه المشرف على المحطة قد ينجم عنه أضرار تلحق بأجهزة المحطة نفسها ، أو قد ينجم عنه أذى يصيب العامل إن لم يقض على حياته . قد يرى البعض أن خير وسيلة لتفادى مثل هذه الأخطاء هى تدريب الفنيين تدريبا كافيا قبل إلحاقهم بالعمل فى هذه المحطات الفرعية . ولكن التجربة أثبتت أنه برغم التدريب فإن احتمال الوقوع فى الخطأ يبقى مع ذلك احتمالا كبيرا ؛ مما يدعو إلى الشك فى قيمة التدريب وحده .

هذه المشكلة واجهت السلطات فى أمريكا ، وتملكتها الحيرة إزاءها ، حتى كان عام ١٩٢٧ حين دعى أشهر الأخصائيين فى علم النفس الصناعى فى ذلك الحين وهو

« فايتلس » Viteles للقيام بتحليل دقيق لطبيعة العمل الذى يقوم به العمال فى محطات الكهرباء الفرعية ، بغية تصميم مجموعة من الاختبارات السيكولوجية التى تكفل اختيار الأكفاء فقط من بين الجموع التى تتقدم للعمل بهذه المحطات . وشرع « فايتلس » فى مهمته ، وكان عليه أن يمر بمراحل عدة .

كانت المرحلة الأولى هى أن يقوم بتحليل واف لنواحى النشاط المتعددة التى تتضمنها عملية معالجة المفاتيح المختلفة . وقد تطلب ذلك منه دراسة استغرقت أشهرا عدة ، من الملاحظة والتجربة والفحص . وتبين له أن النجاح فى هذه العملية يتوقف على عدد من القدرات نذكرها فيما يلى :

أولا : القدرة على تعلم تأدية عمليات إدارة المفاتيح ، وعلى تذكر هذه العمليات كل فى ترتيبها .

ثانيا : القدرة على تنفيذ التعليمات تنفيذا دقيقا ، والقدرة على معالجة المفاتيح وإيقاف التيار بناء على فهم دقيق واع لمهمة المحطة الفرعية .

ثالثا : القدرة على استيعاب التعليمات سواء تلقاها الشخص شفويا أو كتابيا .

رابعا : المثابرة فى معالجة أى مشكلة تنشأ حتى يتم حلها ، أو حتى يقتنع الشخص بأن ما لديه من إمكانيات لا يكفل حلها .

خامسا : القدرة على الحكم والتحليل فى مجابهة مشكلة جديدة على الشخص ، مثال ذلك تحديد موضع خلل ، واكتشاف أسبابه .

سادسا : القدرة على تركيز الانتباه فى عدة عمليات ، أو فى عدة أشياء فى آن واحد ؛ أو القدرة على استيعاب الذهن لعدد كبير من التفاصيل . مثال ذلك أن يتنبه الشخص إلى الرقم الذى يشير إليه هذا العداد ، وفى الوقت نفسه يتتبع التعليمات على اللوحة أمامه ، ويضع يده اليمنى فى الوقت نفسه على مفتاح ويده اليسرى على مفتاح آخر استعدادا لإدارة هذا أو ذاك طبقا لحركة المؤشر على هذا العداد أو ذاك وهكذا .

سابعا : تأتى أخيرا قدرة العامل على أن يحتفظ فى ذهنه بصورة بصرية لمواضع الأجهزة المختلفة بعضها بالنسبة إلى بعض ، واتجاهات الأسلاك ، وغير ذلك من معدات تشتمل عليها المحطة . فهذه القدرة ضرورية حقا ، إذ يتوقف عليها إلى حد

كبير سرعة العامل فى نشاطه ، وسداد حركاته المختلفة ، فضلا عن كونها تتيح للعامل تأدية مهمته بأقل عدد ممكن من الحركات غير اللازمة .

تلك إذن هى القدرات الأساسية التى لا بد من توافرها لدى الشخص الذى يوكل إليه ذلك الضرب من العمل الفنى الخطير وهى قدرات يستغلها الشخص فى الظروف العادية ، ولكن ظروفا طارئة قد تعطلها جميعا لدى هذا العامل أو ذاك. لا بد إذن من توفر صفات معينة فى شخصية العامل ، صفات تضمن استمراره فى العمل دون ارتباك فى حركاته ، ودون تعريض نفسه للإصابة ، أو تعريض مهمات المحطة وجمهور المستهلكين لأى أذى . وقد قام خبيرنا « فايتلس » بدراسة طويلة بغية اكتشاف هذه الصفات ، فتبين له أن العامل لا بد أن يكون قبل كل شيء قادرا على مقاومة الخوف . ذلك أن الخوف يؤدى إلى ارتباك الشخص ، أى إلى عجزه عن التحكم فى نشاطه أو تسديد حركاته ، أو تنفيذ ما فى ذهنه من تعليمات . بل قد يؤدى إلى نسيان كل ما ينبغى أن يذكره المرء من إجراءات لا بد أن تتم فى مثل هذا الموقف . وينعكس الخوف فضلا عن ذلك فى زيادة الزمن الذى يستغرقه الشخص لإزالة سبب الخطر ، وفى فقدان الشخص لعنصر التأكد والثقة ، وقد يمتد هذا الفقدان فترة غير قصيرة .

كشف التحليل إذن عن مجموعة من القدرات ، وعن بعض سمات الشخصية . والخطوة التالية لذلك هى تصميم مجموعة من الاختبارات السيكولوجية تهدف إلى أن تقدر تقديرا مضبوطا مدى تحقق هذه القدرات والسمات الشخصية فى مختلف الأفراد الذين يرشحون للعمل بمحطات الكهرباء الفرعية . وتتكون هذه الاختبارات من مجموعتين : أولاهما اختبارات « ورقة وقلم » ، أى لا تتطلب من الشخص أكثر من الإجابة على أسئلة أو حل مشكلات حسابية وألغاز وهكذا . والغرض من هذه المجموعة تقدير ذكاء الفرد (أى قدرته العقلية العامة التى يستخدمها فى حل أى مشكلة وفى مجابهة أى موقف) ، وتقدير استعداده للعمل الميكانيكى ، وقياس غير ذلك من قدرات يتطلبها العمل . أما المجموعة الثانية فتتكون من أربعة اختبارات عملية ، والغرض منها قياس قدرات أكثر تخصصا من القدرات التى تقيسها المجموعة الأولى . ونحن نسميها اختبارات عملية لأن الشخص فى هذه الحالة لا يستخدم

الكتابة ، بل يؤدى عملا حركيا . وقد صممت هذه الاختبارات على غرار عمليات إدارة المفاتيح الموجودة فى أى محطة كهرباء فرعية . إذن فهذه المجموعة من الاختبارات العملية تتطلب من الشخص أن يؤدى نشاطا قريبا جدا من النشاط الذى يؤديه العامل فى المحطة . وهى يمكن من ثمة أن تتنبىء عن مدى صلاحية الشخص لأداء العمل الذى تقدم له وهى تقيس قدرة الشخص على تنفيذ التعليمات تنفيذا صحيحا ، وقدرته على تذكر هذه التعليمات ، كما تقيس قدرته على المثابرة والاستمرار فى العمل ومقاومة الملل والتعب الجسمى .

وهكذا تم تصميم الاختبارات . ولكن ليس هذا هو كل شيء . فلا يزال أمام الأخصائى النفسى خطوة غاية فى الأهمية ، ألا وهى اختبار صلاحية هذه الاختبارات لأداء الغرض منها . ولا يكون الاختبار صالحا إلا إذا تحقق شرطان : أولهما ، أن الاختبار يعطى دائما أبدا نفس النتائج ، إذا كررنا إجراءه على مجموعة من الناس . وثانيهما ، أنه صادق فى تنبؤاته ، فإذا نجح شخص فى الاختبار لا بد أن ينجح فعلا فى العمل نفسه . والسؤال الآن ، كيف السبيل إلى التأكد من تحقق هذين الشرطين فى الاختبارات التى تم تصميمها ؟

لجأ الأخصائى إلى محطات كهرباء فعلية ، واستطاع أن يجمع ٨٤ عاملا أمضى كل منهم فى هذه المهنة سنة كاملة على الأقل ، واستطاع أن يقسم هؤلاء إلى ثلاث جماعات حسب البراعة فى العمل : جماعة الممتازين ، وجماعة المتوسطين ، وجماعة الضعاف . وكان حريصا على أن تتفق الجماعات الثلاث من حيث السن ومن حيث مدة الخدمة ، حتى لا يكون الاختلاف بين جماعة وأخرى إلا على أساس الكفاية فى العمل . وقد تأيدت صحة هذا التقسيم عند ما ظهر أن أقل الجماعات الثلاث وقوعا فى الأغلاط هى الجماعة الأولى ، وأكثرها أغلاطا الجماعة الثالثة ، فى حين تقع الجماعة الثانية بين الجماعتين الأخريين .

وتبين مثلا أنه فى يوم ٣٠ سبتمبر ١٩٢٨ كان متوسط الأغلاط التى ارتكبها الفرد من الجماعة الثالثة(جماعة الضعاف) ثمانية أمثال متوسط الأغلاط التى ارتكبها زميله فى الجماعة الأولى (جماعة الممتازين) .

إن ترتيب هذه الجماعات من حيث الكفاية يمكن أن يتخذ معيارا نقيس إليه مدى

صلاحية الاختبارات السيكولوجية السالفة الذكر . وفعلا ، أجريت الاختبارات على العمال الأربعة والثمانين الذين نعرف قدراتهم الفعلية حسب التقسيم السالف الذكر . وحسبت الدرجات التى حصل عليها كل منهم فى الاختبارات . ثم حسب متوسط الدرجات التى حصل عليها أفراد كل جماعة من الجماعات الثلاث على حدة وجاءت النتيجة كما يلى :

متوسط الدرجات فى جماعة الممتازين	٨١
متوسط الدرجات فى جماعة المتوسطين	٦٩
متوسط الدرجات فى جماعة الضعاف	٥٤

ويتبين فضلا عن ذلك أن درجة ٧٥٪ هى أصلح درجة تميز الأكفاء فى هذه المهنة . وذلك لأن ٧١٪ من العمال الذين ينتمون إلى جماعة الممتازين حصلوا فى الاختبار على هذه الدرجة أو أكثر ، فى حين لم يستطع الحصول عليها من بين الضعاف غير ٨٪ فقط . فلو فرض وكانت هذه الاختبارات قد أجريت على هؤلاء العمال قبل التحاقهم بالعمل لما قبل من غير الأكفاء إلا عدد ضئيل جدا ، فى حين كنا نضمن أن الغالبية العظمى ممن قبلوا هم الأكفاء فعلا للاضطلاع بمهام المحطات الفرعية .

هذا الدليل العلمى كان مقنعا حقا للمسئولين ، فبدأوا يتخيرون العمال الجدد بناء على نتائج الاختبارات . وكانت الثمرة الأولى هبوط فجائى حاسم فى عدد الغلطات . فبعد أن بلغ متوسط الغلطات فى سنوات ١٩٢٦ ، ١٩٢٧ ، ١٩٢٨ — ٣٦ ، ٣٥ ، ٣٥ ، على التوالى ، انخفضت بعد إدخال نظام الاختيار بناء على الاختبارات إلى ٢٠ غلطة سنة ١٩٢٩ ، ثم إلى ١٨ سنة ١٩٣٠ ، ثم إلى ١٢ سنة ١٩٣١ وأخيرا إلى ٤ فقط سنة ١٩٣٢ . مؤدى ذلك أن استخدام الاختبارات أدى إلى انخفاض عدد الغلطات إلى ١٠٪ فى أقل من خمس سنوات . وهكذا لو قدرنا النفقات الباهظة ، والكوارث التى يحتملها المجتمع نتيجة كل غلطة واحدة يرتكبها هذا العامل أو ذاك ، لتضاءل بالنسبة إليها أى قدر من المال يرصد من أجل إجراء بحوث مشابهة ، وإعداد أخصائيين فى فنون الاختيار السيكولوجية للقيام على هذه البحوث ، وللإشراف فى

المستقبل على عمليات الاختيار ، والتوجيه ، والتدريب .

كثرت التجارب بعد ذلك من أجل تصميم اختبارات سيكولوجية للاختيار لمهن عدة . وأقبلت المؤسسات الصناعية على هذه الاختبارات ، وأجزلت العطاء لأخصائيي علم النفس الصناعي . وكان في هذا الإقبال ضرر كبير على علم النفس الصناعي إذ أصبحت الاختبارات تجارة كبرى ، ولم تعد المؤسسات تعني بالدقة عنايتها بمجرد التطبيق للأساليب الجديدة دون مراعاة لاختلاف الظروف والأحوال . ونمت حركة تصميم الاختبارات نموا زائدا حتى لم يعد من السهل أن نميز الغث من السمين . ولكن العيب هنا ليس عيب االعلم ، بل عيب المستغلين وعيب الحمقى الذين يندفعون في التقليد دونما حذر أو روية . ولكن المهم أن الاختبارات تنجح نجاحا كبيرا إذا كانت تمر بمراحل التجريب العلمي كما أوضحناها في بحث « فايتلس » السابق الذكر .

وقد صممت اختبارات لاختيار الصالحين لمهنة قيادة السيارات . وكانت الاختبارات بمثابة « ملخص » للعمليات الأساسية التي تشتمل عليها مهمة قيادة السيارة . فهي تتطلب مثلا من الشخص الذي يراد اختباره أن يجلس إلى كرسي وأمامه « ذراعان » يمكن تحريكهما باليد ، وحركة كل من الذراعين منفصلة عن حركة الذراع الآخر . وفي متناول القدمين « بدالان » يمكن الضغط عليهما كما يحدث في حالة قيادة السيارة . ويتضمن جهاز الاختبار فضلا عن هذا منبهات بصرية وسمعية (أضواء وأصوات) تطلق كل حين وآخر بدون ترتيب موضوع . وتقضي تعليمات الاختبار أن يستجيب الشخص لكل من هذه المنبهات استجابة حركية معينة ، كأن يسحب أحد الذراعين المثبتين أمامه أو كليهما ، أو كأن يضغط بالقدم على أحد البدالين أو كليهما . يتخلل ذلك صدور أصوات وظهور أضواء (غير المنبهات الأصلية التي توجب التعليمات الاستجابة لها) لاختبار قدرة الشخص على مقاومة مشتتات الانتباه ، والتركيز في المنبهات الأصلية ؛ ولاختبار قدرته على التوافق الحركي على الرغم من إقحام عوامل التشتيت .

هذا تفصيل القول في الاختبار . أما التجربة فقد اقتضت إجراءها على فئتين من

سائقى السيارات ، فئة عرف أفرادها بالبراعة ، وفئة ثانية اشتهر أفرادها بكثرة التورط فى الحوادث . وأسفرت نتيجة الاختبار عن تفوق الفئة الأولى على الثانية تفوقا ملحوظا ، مما يدل على صلاحية الاختبار لتأدية مهمة الاختيار لمهنة قيادة السيارات .

واستخدم الاختبار فعلا فى إحدى البلاد الأمريكية ، ووضع الأشخاص الذين اجتازوه تحت الملاحظة لفترة من الزمن لتبين مدى نجاحهم كسائقين فعلا . وأسفرت الملاحظة عن حقائق قيمة ، منها :

★ أن عدد السائقين الذين يستغنى عنهم لكثرة وقوعهم فى الحوادث هبط من ١٤٪ سنة ١٩٢٤ إلى ٠,٦٪ سنة ١٩٢٥ .

★ وفضلا عن هذا الهبوط فى عدد الحوادث ، قل عدد الاستقالات . فبعد أن كانت نسبة الذين يستمرون فى الخدمة لا تتجاوز ٦٢٪ ، ارتفعت هذه النسبة بعد إدخال نظام الاختيار الجديد إلى ٧٥٪ .

إلى هنا وكل أمثلتنا « وارد أمريكا » . على أن أوروبا بدورها أفادت بحق من الأخصائيين فى هذا الميدان .

فى برلين مثلا استخدمت اختبارات سيكولوجية بعضها يشبه إلى حد كبير اختبار القيادة الذى سبقت الإشارة إليه . وعندما قارن الباحثون بين السائقين الذين اختيروا بدون هذه الاختبارات ، وبين مجموعة أخرى من السائقين الذين اختيروا بعد اجتيازهم هذه الاختبارات ، تبين لهم أن عدد الحوادث التى تعرضت لها المجموعة الأولى تزيد عن عدد الحوادث التى تعرضت لها المجموعة الثانية بنحو ٥٠٪ . مؤدى هذا أن تطبيق الاختبارات فى عملية الاختيار كفيل بأن يجنب المجتمع نصف عدد الحوادث التى ينكب بها عادة . وحدث كذلك اقتصاد كبير فى التمرين الذى لا بد من أن يحصل عليه كل سائق مستجد . فقد هبط الزمن اللازم لتدريب السائقين الجدد بمعدل ٥٠٪ . وفضلا عن هذا ، فقد حدث اقتصاد كبير فى كمية التيار المستهلك ، وفى نفقات الإصلاح . وعلى الجملة فقد أسفرت هذه التجربة عن اقتصاد مبلغ ١٢ مليون مارك فى السنة (عندما كان المارك الألمانى ذا قيمة مالية كبيرة .)

فن التوجيه :

تحدثنا عن فن الاختيار المهنى . ويتبين من العرض السابق أن من اليسير علينا أن نصمم الاختبارات السيكولوجية التى تكفل اختيار الأشخاص الأكفاء لأداء عمل معين . وبينا أن هذه الاختبارات تقوم على تحليل العمليات التى يتكون من مجموعها عمل معين ، — ومن ثمة — اكتشاف القدرات اللازمة لإجادة هذه العمليات . وليس من الصعب اكتشاف هذه القدرات وذلك لأن القدرات التى يستلزمها عمل معين تكون فى الغالب قليلة العدد .

ولكن الصعوبة الكبيرة تكمن فى عملية « التوجيه المهنى » ، أى عملية اختيار العمل المناسب لشخص معين . وتفسير الصعوبة فى حالة التوجيه المهنى هو أننا لا نكون بصدد عمل بالذات بل بصدد عدد لا حصر له من الأعمال ، كل منها يستلزم قدرات وصفات معينة . وتكون مهمتنا فى هذه الحالة هى أن نقدر حظ الشخص المطلوب توجيهه من عدد لا حصر له من القدرات . أضف إلى هذا أن علمنا بمستلزمات عدد كبير من المهن لا يزال ضئيلا إلى حد كبير . وفضلا عن ذلك فهنالك أعمال يطلق عليها اسم واحد ولكنها تختلف فيما بينها اختلافا كبيرا . مثال ذلك مهنة الطب التى لا يشك أحد فى أنها تضم فى حقيقة الأمر مهنا عدة مختلفة اختلافا كبيرا ، وكل منها يتطلب قدرات قد لا تتطلبها غيرها . إن الجراح ، وطبيب الأطفال ، وأخصائىُ الأمراض الباطنة ، وأخصائىُ الأمراض النفسية ، ومدير الصحة العمومية ، كل من هؤلاء نطلق عليه لقب طبيب ، مما يوحى — خطأً — أنهم يؤدون أعمالا متجانسة يحتاجون لإجادتها إلى نفس القدرات والمميزات الشخصية . وهذا مثال يبين لنا الصعوبة التى تجابهنا عندما يطلب منا أحد الطلبة ، مثلا ، أن نختار له الدراسة الجامعية التى تعده للمهنة التى يصلح لها بحكم إمكانياته وصفاته .

لا بل إنه لو تيسر لنا أن نصنف الأعمال المختلفة على أساس ما يستلزمه النجاح فى أدائها من قدرات وصفات مزاجية إلخ .. ، لو تيسر لنا ذلك لما ضمنا على الرغم من ذلك تنبؤا دقيقا بنجاح شخص معين فى مهنة دون أخرى . فلا زلنا فى حاجة إلى

بحوث عديدة تزودنا بالمعلومات الكافية عن مختلف المهن إن أردنا لفن التوجيه المهنى تقدما كالذى أحرزه الشطر الثانى من علم النفس الصناعى ، أعنى فن الاختيار .

وعلى الرغم من أن فن التوجيه المهنى لا يزال فى طوره البدائى ، وعلى الرغم من أننا لا نزال نجهل الكثير عن طبيعة عدد كبير من المهن ، فإن هذا الفن قادر على تحقيق مكاسب كبيرة للإنسان الحديث. ولعل أحسن وسيلة للتدليل على ذلك هو أن نورد مثلا عمليا . والمثل الذى نورده فيما يلى هو تجربة أجريت على نطاق واسع فى مدينة برمنجهام بانجلترا وقد اشتهرت باسم « تجربة برمنجهام للتوجيه المهنى »(١) . وقد اقتضت هذه التجربة من الباحثين أن يقوموا بتتبع ١٦٣٩ طفلا لمدة سنتين ، وتتبع ٦٠٣ منهم لمدة أربع سنوات . وروعى فى التجربة أن يوفر لنصف هؤلاء الأطفال التوجيه المهنى بالطرق السيكولوجية ، أما النصف الثانى فيلجأون لمكاتب العمل العادية طلبا لنصيحة القائمين عليها .

هذا وقد أمكن تقسيم كل فريق إلى فئتين : فئة التحقت بالعمل طبقا للنصيحة التى قدمت لها ، وفئة لم تتبع هذه النصيحة والتحقت بأعمال أخرى . وهكذا أصبح لدينا أربع فئات :

أولا : فئة طبق عليها فن التوجيه السيكولوجى وعملت بتوجيه الأخصائى .

ثانيا : فئة طبق عليها فن التوجيه السيكولوجى ولكنها اختارت عملا غير الذى اختاره لها الأخصائى .

ثالثا : فئة لجأت إلى مكتب العمل العادى وعملت بنصيحة المكتب .

رابعا : فئة لجأت إلى مكتب العمل العادى ولكنها اختارت عملا غير الذى اختاره لها المكتب .

وبتتبع الأطفال جميعا لمدة سنتين وتتبع بعضهم لمدة أربع سنوات أمكن المقارنة بين أثر التوجيه السيكولوجى الفنى ، وبين نصيحة الموظفين غير الفنيين الذين يعملون بمكاتب العمل . فتتبع الفئة الأولى بين أن ٩٠٪ من أفرادها كانوا بعد عامين من التحاقهم بالعمل فى غاية الرضى عن أعمالهم فى حين أن ٢٦٪ فقط من الفئة الثانية كانوا راضين عن أعمالهم بعد مضى هذه الفترة . وبعد أربع سنوات أصبحت

---

(١) Birmingham Vocational Guidance Experiment.

النسبتان ٩٣٪ ، ٣٣٪ . معنى هذا أن الغالبية العظمى ممن يعلمون بنصيحة التوجيه السيكولوجى يرضون عن أعمالهم فيما بعد ، فى حين أن قلة ممن يعرضون عن هذه النصيحة يرضون عنها . وواضح أن نسبة الرضى عن العمل بين الأول تكاد تبلغ ثلاثة أمثال هذه النسبة لدى الآخرين .

والآن علينا أن نقارن بين الذين استمعوا لنصيحة مكاتب التخديم (الفئة الثالثة) والذين لم يستمعوا لهذه النصيحة (الفئة الرابعة) . بعد سنتين تبين أن ٦٤٪ من الأول كانوا راضين عن أعمالهم و لم تزد النسبة عن ذلك بعد أربع سنوات ، وأن ٧٦٪ من الآخرين كانوا راضين عن أعمالهم بعد مضى سنتين ، وارتفعت النسبة بينهم إلى ٧٨٪ بعد مضى أربع سنوات . معنى هذا أن الأطفال الذين عملوا بنصيحة مكاتب العمل كانوا أقل رضاء عن أعمالهم من أولئك الذين ضربوا بنصيحة المكاتب عرض الحائط (٦٤٪ فى مقابل ٧٦٪ بعد سنتين ، ٦٤٪ فى مقابل ٧٨٪ بعد أربع سنوات) !!

نستطيع أن نؤكد إذن أن التوجيه السيكولوجى للأطفال يكفل لهم — فى الغالب — اختيار الأعمال التى تطيب لها نفوسهم . ولا يخفى على أحد أن اهتداء الشخص إلى العمل الذى تطيب له نفسه عامل من أهم عوامل السعادة ، وسبب من أهم الأسباب الداعية إلى رفع مستوى الإنتاج .

والآن ، ماذا عن أثر التوجيه فى احتفاظ الطفل بوظيفته أطول مدة ممكنة ؟

٦٠٪ من الأطفال الذين اختاروا العمل الذى اختاره لهم الأخصائى فى التوجيه السيكولوجى استطاعوا الاحتفاظ بهذا العمل طوال السنتين ، كما احتفظ به ٤٦٪ منهم طوال سنوات التتبع الأربع . أما أولئك الذين اختاروا عملا مغايرا لنصيحة الأخصائى فلم يحتفظ منهم بالعمل مدة سنتى التتبع غير ١١٪ ، ومدة أربع سنوات غير ١١٪ أيضا . واضح اذن الفرق بين اتباع التوجيه السيكولوجى وبين عدم اتباعه . هل نجد هذا الفرق بين العمل أو عدم العمل بنصيحة مكاتب العمل العادية ؟

٣٧٪ من الأطفال الذين التحقوا بالعمل الذى نصح به المكتب استطاعوا الاحتفاظ بعملهم مدة سنتين (مقابل ٦٠٪ فى المجموعة التى اتبعت رأى الخبير فى

التوجيه السيكولوجي) ، وهبطت النسبة إلى ٢٧٪ بعد مضى أربع سنوات (مقابل ٤٦٪ فى المجموعة التى اتبعت رأى الخبير فى التوجيه السيكولوجي) . أما الأطفال الذين لجأوا إلى مكاتب العمل ولكنهم لم يلتحقوا بالعمل الذى نصحت به فقد احتفظ منهم بالعمل مدة سنتين ٣٣٪ ، ومدة أربع سنوات ٢٦٪ .

وبمقارنة هاتين النسبتين بما يقابلهما فى حالة من عملوا بنصيحة المكتب نجد أن الفرق لا يكاد يذكر . وهذا معناه أن التوجيه غير الفنى (الذى توفره مكاتب العمل) لا قيمة له من حيث ضمان احتفاظ الشخص بعمله . فسواء خضع الشخص لهذا التوجيه أو لم يخضع له فالنتيجة واحدة . والأمر على خلاف ذلك فى حالة التوجيه القائم على أسس سيكولوجية ، إذا أن الخضوع له يأتى بنتائج محققة .

* * *

ويجب أن نشير قبل الفراغ من الحديث عن الاختبار والتوجيه المهنى إلى نقطة هامة هى أن الأخصائى النفسى يعهد إليه بعملية الاختيار لا يعنيه إلا أن يتخير أنسب الأشخاص للاضطلاع بأعباء عمل معين . أما ماذا يحدث للأشخاص المرفوضين ، هل يجدون عملا آخر ، أو ينضمون إلى جموع العاطلين فذلك أمر لا يشغله . ولكن فى حالة التوجيه المهنى فإن ما يعنيه هو مصلحة الشخص الذى جاء إليه يطلب النصح . فى حالة الاختيار يكون الهدف هو نجاح العمل ، أما فى حالة التوجيه فالهدف هو نجاح الشخص . وقد يكون النظام الاجتماعى من النوع الذى يعنى بالهدف الأول فحسب وفى هذه الحالة يحق لنا اتهام هذا النظام بالظلم وعدم رعاية مصالح الأفراد . يحق لنا أن نقول إن نظاما هذا شأنه لا يعنى بتحقيق سعادة الأفراد قدر عنايته بزيادة كمية الإنتاج .

ولكن النظام العادل الذى ينظر للمجتمع ككل ، لا بد أن يحقق التوازن بين وجهتى النظر ، فهو يعنى باختيار أصلح الناس لكل مهنة ، ويعنى فى الوقت نفسه بأن يجد عملا لكل فرد ، عملا يناسب إمكانياته ويتفق مع قدراته واهتماماته . وليس تحقيق ذلك التوازن فى المجتمع بأمر عسير ، فالجيوش قد حققته فعلا ونجحت فى ذلك نجاحا كبيرا . ذلك أن كل جيش هو بمثابة « جهاز مغلق » كما يقال . أى أنه إذا طبق

نظم الاختيار السيكولوجي في اختيار أفراد هذه المهمة أو تلك من المهام الحربية فعليه أن يجد لمن لا يصلحون في مهمة معينة مهمة أخرى . فلا يمكن الاستغناء عن أي جندي . وكل جندي لا بد له من عمل يتفق مع إمكانياته . ويعني الجيش في الوقت نفسه أن يكون كل سلاح من أسلحته قويا . وعلى هذا فالمشكلة التي تواجهه لا بد لها من حل ، وهي أن يختار لكل سلاح أصلح الناس له ، ولكل فرد العمل الذي يتفق مع مؤهلاته . والجيش لا يستطيع أن يقوي سلاحا على حساب سلاح آخر ، كما حدث في إنجلترا في بداية الحرب العالمية الأخيرة حين طبقت بعض وحدات الجيش البريطاني دون البعض الآخر نظام الاختيار السيكولوجي ، وبذلك تم لها الحصول على أحسن المجندين ، وتكبدت الوحدات الأخرى بمجندين غير أكفاء . وقد عولجت هذه المشكلة وكان العلاج هو التوفيق بين عمليتي الاختيار والتوجيه .

وإنه بدلا من الإفادة من الطرق السيكولوجية ، ينبغي أن نعتبر المجتمع كالجيش جهازا واحدا متسقا ، كل فرد فيه قادر على الاضطلاع بأعباء معينة ، ومن حقه أن يضطلع بهذه الأعباء ، وأن صلاح جزء من هذا الجهاز على حساب جزء آخر منه هو فساد للجهاز كله . وصلاح الجهاز كله يتطلب حتما التوفيق بين وجهتي نظر الاختيار والتوجيه .

التدريب :

إن الأخصائي النفسي من حيث هو معني برفع مستوى الكفاية الإنتاجية في أي عمل من الأعمال ، لا يقتصر اهتمامه على ابتكار الطرق الفنية للتوجيه المهني ، والاختيار المهني فحسب . وإنما يهتم كذلك بابتكار أصلح الطرق التي تكفل تأدية عمل ما على أدق نحو وأكثره ثمرة ، مع أكبر اقتصاد ممكن في الجهد والوقت . فهو مسئول إذن عن اختيار أصلح العمال لعمل معين ، ومسئول في الوقت نفسه عن تدريبهم على العمل طبقا للطرق الفنية التي يبتكرها .

وإن عملية البحث عن أصلح الطرق لأداء عمل معين عملية تقتضي من الأخصائي النفسي في الكفاية الإنتاجية جهدا وصبرا بالغين . وفي سبيل توضيح هذه العملية

هى الأمثلة .

من أول الذين اهتموا « باقتصاديات النشاط الإنسانى » خبير نفسى أشرنا إليه فى المقدمة ، وهو « تايلور » . حصل « تايلور » على تصريح من إحدى مصانع الصلب الأمريكية بأن يقوم بدراسة فنية لعملية شحن وتفريغ الحديد الخام . اختار أحد أقسام المصنع حيث يقوم ٧٥ عاملا بعملية « الشحن والتفريغ » . وكان متوسط ما ينقله العامل الواحد من الحديد الخام فى اليوم ١/٢ ١٢ طنا — كمية لا بأس بها فى نظر الجميع . لا ، بل إنه لم يكن يخطر ببال أحد من رؤساء العمال ، أو من المسئولين أن فى الإمكان زيادة هذه « المقطوعية » . وكان متوسط مكسب العامل فى اليوم دولارا واحدا تقريبا .

ماذا فعل « تايلور » ؟

أخذ يلاحظ العمال إذ هم يعملون حتى وقع اختياره على واحد منهم قوى البنية لا يكل ، ويفوق الجميع فى براعته وقدرته على الإنتاج اليومى . واتخذ منه حقلا لتجاربه . وكى يعبئ كل ما لديه من حافز إلى العمل رفع أجره اليومى بدرجة كبيرة . وبدأ هذا العامل يستخدم كل الطرق الممكنة فى عمليتى الشحن والتفريغ تحت إشراف « تايلور » وتوجيهه المستمر . فهو تارة يستخدم « كوريك » كبير الحجم ، وتارة أخرى « كوريك » متوسط الحجم ، وتارة ثالثة يجرب نوعا صغير الحجم . يفعل ذلك محاولا أن يكتشف أنسب حجم للأداة المستخدمة فى العمل ، وهو تارة يحمل كمية الحديد الخام من المخزن إلى سيارة النقل دفعة واحدة وبدون توقف للراحة فى الطريق ، وتارة أخرى يحملها على مراحل ، حتى اهتدى « تايلور » إلى أحسن طريقة . وبفضلها أصبح بمقدور العامل أن ينقل فى اليوم الواحد ١/٢ ٤٧ طنا بعد أن كان لا يتجاوز ما ينقله ١/٢ ١٢ طنا . فكأن الكفاية الإنتاجية أمكن مضاعفتها أربع مرات .

وإن « تايلور » هو الذى ابتكر طرق دراسة الحركات اللازمة لأداء عمل معين

مع حساب الزمن الذى تستغرقه كل حركة منها . والحق أننا لو لاحظنا بدقة مجموعة من الأشخاص يؤدون عملا معينا ، نجد أن النشاط الحركى لكل منهم يختلف اختلافا كبيرا عنه لدى الآخرين ممن يؤدون العمل نفسه . فهذا شخص يعمل بسرعة ، وبطريقة نظامية ، فضلا عن أنه يعنى بترتيب معدات العمل بحيث تكون فى متناول يده مباشرة عند الحاجة إليها . وعلى العكس من هذا نجد شخصا آخر يعمل ببطء ، وبطريقة عشوائية مرتبكة ، فضلا عن كونه لا يراعى أن تكون معدات العمل « جاهزة » وفى موضع مناسب ، حتى ليبدد كثيرا من وقت العمل بحثا عن هذه الأداة أو تلك كل مرة يحتاج إليها . ومن السهل على المراقب أن يتهم شخصا هذا شأنه بأنه غير كفء للاضطلاع بهذا اللون من العمل . على أن معظم الأشخاص ليسوا بالشخص الأول ولا هم بالشخص الثانى وإنما هم بين الاثنين .

مجمل القول إن هذا التفاوت الكبير فى طرق الأداء يحتاج إلى علاج . عرض « تايلور » أن يقوم بدراسة تفاصيل كل حركة لازمة لأداء عمل معين — حركة هذا العضو أو ذاك من أعضاء الجسم ، ترتيب المعدات ، توقيت كل حركة جسمية فى أداء العمل أو فى التقاط المعدات . أى أنه قام بتحليل كل عملية إلى عناصرها الأولية من الحركات التى لا لزوم لها ، فاستبعدها . وبالاستعانة بساعة زمنية استطاع أن يكتشف أسرع طريقة وأحسنها لأداء كل من الحركات . على أنه لم ينس أن يعمل حساب متوسط الزمن الذى يضيع عادة فى فترات الراحة ، وفى حالات التعطيل . وبذلك تنتهى عملية التحليل وتبدأ عملية التأليف ، أى تجميع الحركات الضرورية (التى تبقت بعد استبعاد الحركات الزائدة) فى مجموعات ، وفى أحسن تعاقب ممكن مع ربطها ببيئة العمل نفسها .

إلى أى حد نجحت هذه الدراسات التحليلية ؟

لا نستطيع أن نقدم جوابا نظريا على هذا السؤال . وإنما التجربة وحدها هى التى تزودنا بالجواب الصحيح . فى إحدى التجارب ، قام الأخصائى النفسى بتحليل النشاط الحركى الذى تبذله جماعة من العاملات أثناء قيامهن بطى قطع من القماش

طبقًا لمبادئ [illegible] تبين من التحليل أن عدد الحركات التي كانت تصدر عن الفتاة الواحدة [illegible] وتم تحليلها [illegible] الحركات [illegible] عشر حركات فقط [illegible] الفتاة الواحدة [illegible]

وتحققت دراسات أخرى من زيادة في الإنتاج بلغت [illegible] في « قوالب الشيكولاته » ، وبلغت [illegible] في عملية رص الورق المقوى في علب ورنيش الأحذية ، وبلغت [illegible] في عملية تغليف [illegible] .

*

وإليك مثالاً تطبيقيًا على طريقة [illegible] الاختصاصي النفسي [illegible] خبرته « باقتصاديات الحركة » [illegible] المثال الأول في تجربة مشهورة أجراها « جلبرث » Gilbreth على [illegible] البناء [illegible] أن « جلبرث » بدأ حياته العملية بناء [illegible] على [illegible] في تحليله التفصيلي لجميع الحركات التي يؤديها عامل البناء [illegible] في عملية البناء نفسها .

بعد [illegible] قدما عامل البناء [illegible] بالنسبة لصندوق « المونة » ، وبالنسبة لأكوام قوالب الطوب [illegible] كل من هذه الأمور على [illegible] الرجوع هذه المسافة مرة أخرى [illegible] وكذلك أحسن ارتفاع [illegible] عامل البناء نفسه . وابتكر طريقة بسيطة [illegible] عليها مائدة ، ويوضع فوق المائدة كل من أكوام الطوب وصندوق « المونة » [illegible] وخصص عامل آخر [illegible] كلما [illegible] التقدم في البناء ، ويقوم بتلك العمل بالنسبة لأكثر من عامل بناء .

هذه العملية البسيطة وفرت جهدا إنسانيا ضخما ، كان يبدد فى حركات لا صلة لها بعملية البناء نفسها : كانت المونة توضع عند قدم العامل ، وكذلك الطوب . فكان على العامل المسكين أن يحنى جذعه كلما أراد أن يملأ المسطرين بالمونة ، وكلما أراد التقاط قالب طوب . ظل عامل البناء منذ أقدم العصور يحنى جذعه (الذى يزن ٦٠ كيلو جراما على الأقل) مسافة قدمين أو ثلاثة ، ثم يرفع الجذع مرة أخرى ، حاملا مع وزن جذعه قالب طوب لا يقل وزنه عن أربعة أو خمسة أرطال . ويكرر هذه العملية المجهدة أكثر من ألف مرة فى اليوم الواحد .

كم من طرقنا فى العمل يتضمن حركات لا لزوم لها ، حركات تستغرق من الجهد والوقت ما لو وفرناه أدينا أجل الخدمات للاقتصاد القومى ، وللعمال على حد سواء . هل يحق لنا بعد هذا أن نبخل بالمال على الدراسات التى من هذا النوع ؟! إنها مهما بلغت ستحقق خيرا كثيرا واقتصادا محققا .

هل من سميع بين رجال الصناعة ، وبين المسئولين عن الإنتاج القومى ؟

وهنالك عدد من التحسينات الأخرى ، أدخلها « جيلبرث » على ظروف العمل . فقد أشار بأن يكون قالب الطوب على المائدة فى وضع رأسى ، وفى داخل إطار خشبى يسهل عملية التقاط القالب من المائدة ، ووضعه مباشرة فى مكانه من الحائط بدون حاجة إلى ما يفعله البناؤون عادة من محاولات تحريك للقالب ، وزحزحة ، وقلب إلخ .. وهذا الإجراء البسيط لم يؤد إلى اقتصاد فى الجهد فقط ، بل أدى فى الوقت نفسه إلى زيادة الدقة فى العمل . وأشار كذلك بتغيير طريقة خلط المونة حتى يصبح من السهل على قالب الطوب أن يغوص فى المونة إلى العمق المطلوب بمجرد ضغط بسيط . وأمكن فعلا تحقيق ذلك . و لم يعد عامل البناء مضطرا إلى أن يدق بيده وبالمسطرين على قالب الطوب عدة مرات حتى يتأكد من استقراره فى المونة بالعمق المطلوب . هذا الابتكار أدى بدوره إلى اقتصاد كبير فى عدد الحركات التى تستلزمها عملية وضع قالب الطوب الواحد فى مكانه من الحائط ، إذ أصبحت خمس حركات بعد أن كانت ثمانى عشرة .

واستطاع « جيلبرث » بعد ذلك أن يقارن بين الطريقة القديمة فى البناء وبين الطرق

الفنية التى استحدثها فى إقامة حائط لأحد المصانع ، فتبين له أنه يمكن للعامل أن يبنى ٣٥٠ قالب طوب فى الساعة ، فى حين لا يستطيع باستخدام الأسلوب القديم فى البناء أن يبنى أكثر من ١٢٠ قالبا فى الساعة . هذا مثال يصور لنا تصويرا محسوسا إلى أى حد يستطيع الأخصائى النفسى أن يسهم فى حل أعوص الأزمات التى تواجه المجتمعات العصرية ، كأزمة المساكن مثلا .

على أن الخبراء فى علم النفس الصناعى لا يخدمون المهن الصناعية البسيطة فحسب ، فهم معنيون باقتصاديات النشاط الإنسانى كائنا ما كان حظ هذا النشاط من التعقيد . فقد اهتم بعضهم مثلا بمشكلة القراءة لدى طلبة الجامعات .

وقد يتصور المرء أن الطالب الذى وصل إلى مرحلة التعليم الجامعى لا بد أن يكون ماهرا فى عملية بسيطة كالقراءة . ولكن التجربة أثبتت أن الغالبية العظمى من طلبة الجامعات يقرأون ببطء شديد ، حتى ليعوقهم هذا البطء فى القراءة عن التقدم فى الدراسة . بل إنهم ليستخدمون طرقا خاطئة فى القراءة تعطلهم فى دراستهم . فكم من طلبة يحركون شفاههم حركات لا لزوم لها فى عملية الفهم ، إنهم لا يستطيعون مقاومة عادة الاستماع إلى أنفسهم إذ ينطقون الكلمات المقروءة . وهم بذلك إنما يبطئون من سرعة القراءة ويعطلون عملية الفهم . ومن عيوب القراءة كذلك عادة القراءة التراجعية ، وأعنى بها العودة بالعينين لقراءة أسطر أو جمل فرغ الشخص من قراءتها ، وهذه عادة أخرى تبطىء من سرعة القراءة ، كما تعوق فهم المادة المقروءة . ومن عيوب القراءة كذلك كثرة توقف العين لمدد تطول أو تقصر عند مواضع مختلفة من كل سطر .

هذه العيوب فى القراءة ، وكثير غيرها من اليسير القضاء عليه إذا تنبهنا لوجودها . وقلما يتنبه الطالب نفسه لها . فهو فى حاجة إلى الأخصائى الذى بوسعه أن يقوم بمهمة تحليل عملية القراءة بغية ابتكار أجود الطرق ، وتدريبه عليها بعد ذلك . وقد تمخضت التجارب التى أجريت على الطلبة عن نجاح باهر لهذه الطرق ، إذ زادت قدرة القراءة عند كثير منهم مئات المرات ، بل وآلاف المرات فى بعض الحالات . وصحب هذا بطبيعة الحال تحسن كبير فى تحصيلهم الدراسى .

تحسين ظروف العمل :

يهتم علم النفس الصناعي اهتماما كبيرا بتحديد ساعات العمل ، وتنظيم فترات العمل والراحة بحيث نضمن فى النهاية أكبر إنتاج ممكن . وقد تبين من البحوث التى أجريت أنه كلما زادت ساعات العمل اليومى ، كلما قل معدل إنتاج العامل فى الساعة . وكلما قلت ساعات العمل اليومى (ولكن إلى حد محدود) ، كلما زاد معدل الإنتاج فى الساعة . وما يقال على ساعات العمل اليومى ، يقال كذلك على ساعات العمل فى الأسبوع . وقد أيد صحة هذه القاعدة البحوث التى أجريت إبان الحرب العالمية الأولى فى مصانع الذخيرة بإنجلترا ، ولهذه البحوث قصة .

ففى المراحل الأولى من الحرب كانت إنجلترا فى أشد الحاجة إلى كميات كبيرة من الذخيرة . وفى سبيل سد الحاجة الملحة والعاجلة فى الوقت نفسه عمد المسئولون إلى زيادة عدد ساعات العمل فى مصانع الذخيرة . ولشد ما كانت دهشتهم حين لم يسفر هذا الإجراء عن أى زيادة تذكر فى كمية الإنتاج . واستلزم الأمر القيام بدراسة علمية لهذه المشكلة . فتبين أنه عند ما أنقصت ساعات العمل من ٥٨,٢ إلى ٥٠,٦ فى الأسبوع ، زادت كمية الإنتاج فى الساعة بنسبة ٣٩٪ ، كما زادت كمية الإنتاج الكلى فى الأسبوع بنسبة ٢١٪ .

ولكن ينبغى أن ننبه رجال الإنتاج إلى نقطتين هامتين يجب وضعهما نصب الأعين ، إن خطر لأحدهم أن يستعين بعلم النفس الصناعى فى تقرير عدد ساعات العمل الذى يكفل زيادة كمية الإنتاج .

النقطة الأولى ، أن زيادة الإنتاج لا تتحقق فور إنقاص عدد ساعات العمل إلى الحد المناسب . فقد تبقى كمية الإنتاج على ما هى عليه أو تنقص لفترة معينة . ذلك أن أى تغيير يطرأ على ظروف العمل يستدعى من العمال أن يكيفوا أنفسهم للظروف الجديدة ، الأمر الذى يستغرق بعض الوقت .

والنقطة الثانية هى أن عدد ساعات العمل اليومى ينبغى ألا تقل عن حد معين . فقد ثبت من تجارب عديدة أن الإنتاج اليومى وإن كان يزداد كلما نقص عدد ساعات

العمل ، إلا أنه يعود إلى التناقص إذا تجاوز النقص فى عدد ساعات العمل حدا معينا . وهذا الحد يختلف من صنعة إلى صنعة ، ومن مهنة إلى مهنة . كما يختلف باختلاف الجنس . وهذا ما يحتم على الخبير النفسى أن يدرس جميع ظروف العمل فى كل حالة على حدة قبل أن يقرر عدد ساعات العمل الملائمة لهذه الحالة .

ويهتم الخبير النفسى كذلك بتحسين الظروف الطبيعية فى مقر العمل ، كأحوال الإضاءة ، ودرجة الحرارة ، وكمية الرطوبة ، وهكذا . فقد ثبت أن هذه الظروف الطبيعية تؤثر تأثيرا غير قليل فى عملية الإنتاج .

على أن العامل (بالمعنى العام للكلمة) ليس مجرد آلة إذا صلحت من الناحية الميكانيكية ، وتهيأت لها كافة الظروف الطبيعية المواتية استطعنا أن نستنفد كل إمكانياتها . لا ، إنما العامل إنسان له اتجاهاته ، ومخاوفه ، وآماله ، وعلاقاته بغيره من الناس . وهذه جميعا أمور لا يغفل عنها الخبير النفسى . فقد يكون العامل حاصلا على جميع المؤهلات والكفايات اللازمة لإجادة عمل معين ، ولكنها تبقى جميعا معطلة — إن قليلا أو كثيرا — لأسباب كثيرا ما تكمن فى دوافعه النفسية . قد يكون العامل ، مثلا ، غير راض عن نوع العمل الذى يؤديه . وقد يكون حاقدا على صاحب العمل لسبب أو لآخر . أو قد يكون مقتنعا بأنه ليس إلا « صامولة » فى آلة كبرى ، « صامولة » ما أيسر أن ينزعها صاحب العمل ليستبدل بها غيرها . إن كان هذا شأن العامل فكيف ننتظر منه أن يحرص على بذل قصارى جهده ، أو أن يستغل كل كفاياته لصالح العمل والإنتاج ؟!

إن الكفاية الميكانيكية عديمة الفائدة إن لم تتوفر الطاقة النفسية التى تحركها ، أعنى الدوافع . ولا سبيل إلى تعبئة الدافع إلى العمل إلا إذا تحققت شروط معينة يقع على الخبير النفسى عبء اكتشافها .

وقد أصبحنا اليوم — بفضل البحوث التجريبية — نلم بعدد غير قليل من هذه الشروط نذكر منها :

★ **شعور العامل بالرضى عن مستواه الاقتصادى .**

★ **شعوره بأن صاحب العمل يبالى به ، لا من حيث هو منتج ، بل من حيث هو إنسان** [illegible]

★ يقينه بأن رؤسائه أو المشرفين عليه ليسوا رقباء يتصيدون أخطاءه ، بقدر ما هم موجهون يحرصون على مصالحه قدر حرصهم على صالح العمل .

★ حبه لنوع العمل الذى يؤديه قدر حبه للهواية الخاصة .

★ توفر فرص الترقى فى المراكز .

★ توفر فرص الاستزادة فى تعلم المهنة والتقدم فيها .

★ توفر فرص استغلال أفكاره وآرائه الخاصة فى عملية الإنتاج .

★ **شعوره بالأمن الانفعالى ، والاستقرار النفسى .**

وقصارى القول أن الأخصائى النفسى إذ يحاول تعبئة الطاقة الإنسانية فى عملية الإنتاج ، لا ينظر إلى العامل نظرته إلى الآلة ، وإنما ينظر إليه باعتباره إنسانا له ، فضلا عن قدراته الخاصة ، شخصية متميزة ، واستعدادات خاصة ، ومواقف معينة تجاه الناس فى مقر العمل وخارجه على سواء . أى أن الأخصائى النفسى لا يتجاهل فردية العامل ، ولا يغفل عن جوهره الإنسانى .

طبيب الأمراض النفسية

ذلك طبيب تخصص بعد دراسته الطبية المادية فيما يعرف فى كليات الطب فى العالم بالطب السيكولوجى ، (Psychological Medicine) . والتخصص فى الطب السيكولوجى يقتضى دراسات عليا لمدة عامين يمنح الطبيب فى نهايتها دبلوم التخصص فى الطب السيكولوجى (D. P. M.) . ويشمل برنامج الدراسة فضلا عن الأمراض العصبية ، الأمراض النفسية ، وطرق علاج الأمراض النفسية بالطرق المادية والنفسية ، وعلم النفس . والدراسة بطبيعة الحال نظرية وعملية .

ويغفل الناس عادة عن حقيقة جوهرية هى أن العلاج النفسى ليس إلا جانبا واحدا فى خطة علاج المرض النفسى . أما الجانب الآخر الذى لا غنى عنه فى أغلب الحالات المرضية فهو جانب العلاج بمختلف الطرق الجسمية . وينبغى أن نعلم أن علاج الأمراض النفسية ، سواء أكان ذلك العلاج بالطرق الطبية الجسمية (كالعلاج بالكهرباء أو بجراحة المخ) أو بالطرق النفسية (كالتوجه النفسى أو التحليل النفسى) يسبقه حتما علم بالمرض النفسى : بطبيعته ، ونشأته ، وأسبابه ، وتنوع أعراضه . وليس بوسع أى فرد أن يتدخل فى مهمة العلاج ما لم يجمع إلى الدراسة الأكاديمية ، خبرة عملية بالتشخيص والعلاج ، ودراية بأساليب البحث العلمى فى مجال الأمراض النفسية عامة .

وما أكثر تشعب فنون العلاج فى ميدان الأمراض النفسية . ولا سبيل إلى التمكن من أى فن من هذه الفنون العلاجية إلا بالمران الفعلى تحت إشراف الضالعين فيه . وإن شرط التلمذ على السابقين الضالعين إن أهملناه فى أى فن من الفنون الإنسانية ، فلا يجوز التهاون فيه أبدا فى فنون العلاج النفسى . ذلك أن هذه الفنون على الرغم من التقدم الذى أحرزته فى السنوات الأخيرة إلا أنها فنون لا تزال فى مستهل تقدمها ، ولم

تتبلور اتجاهاتها تبلورا كافيا ، و لم تبلغ ما بلغته فنون كثيرة من رسوخ . وما ذلك إلا لأن علمنا بالأمراض النفسية لا يزال ناقصا إلى حد كبير جدا . وما ينبغى أن نتخذ من قصور فنون العلاج النفسى ، ومن نقص علمنا بأسرار المرض النفسى ، ذريعة كى نخوض غمار فنون العلاج خوض « المجتهد » ، الذى يعتمد على الحدس والتخمين والمحاولات العشوائية ، دون شعور بخطورة كل تصرف من تصرفاتنا على المريض ، ودون مراعاة لحرمة الإنسانية فيه .

لا ينبغى أن يكون الإنسان معملا لتجاربنا ، أو ضحية لطموحنا العلمى . ولا بد أن نعد أنفسنا إعدادا كافيا ، نظريا وعمليا ، قبل أن نقدم على مزاولة أى فن من فنون العلاج النفسى .

كيف يعمل طبيب الأمراض النفسية ؟

طبيب الأمراض النفسية (The Psychiatrist) ، وهو معروف لدينا باسم طبيب الأمراض العقلية ، طبيب تخصص فى الطب السيكولوجى . وهو يؤدى مهمتين مزدوجتين : المهمة الأولى ، علاج الأمراض النفسية بالطرق الجسمية ، وهذه المهمة لا يشاركه فيها أحد من غير الأطباء . والمهمة الثانية ، العلاج بالطرق النفسانية ، وهذه يشاركه فيها أخصائيون فى العلاج النفسى من غير الأطباء .

العلاج بالطرق الجسمية

إن علاج الأمراض النفسية بالطرق الجسمية (أو المادية) قديم قدم علاج الأمراض الجسمية . فمن الحقائق التاريخية الثابتة أن الأطباء البدائيين فى المجتمعات القديمة كانوا يحدثون ثقبا فى جماجم « المجانين » كى يحرروا الشياطين الحبيسة فى داخلها ! وذلك الإجراء يعكس إيمان الإنسان البدائى بأن عملا معينا (هو فى هذه الحالة إحداث ثقب فى الجمجمة) ينطوى على قوة سحرية خارقة (طرد الشياطين المسئولة عن الجنون) ، ولكن ذلك الإجراء يعكس فضلا عن ذلك شعورا عدائيا نحو « المجانين » .

هذا المزيج من الخرافة السحرية والمشاعر العدوانية الذى ينطوى عليه موقف البدائيين من مرضى العقول ، أدى إلى نشأة مجموعة من ألوان العلاج المادى (أى بالطرق الجسمية) تتصف جميعها بالعنف والقسوة . ولا زالت بعض طرق العلاج الجسمى إلى اليوم تحتفظ بدرجة من العنف الذى اتصفت به طرق الطبيب الشعبى فى المجتمعات القديمة . ولكنها تختلف عن نظائرها فى االتاريخ القديم فى أمر جوهرى ، هو تحررها إلى الأبد من الشعور العدوانى نحو المريض ، فضلا عن تحررها من الخرافة والسحر فى فهم طبيعة المرض النفسى .

إن الطرق المادية المستخدمة فى علاج الأمراض النفسية (عصابية كانت Neurotic أو ذهانية Psychotic) فى عصرنا هذا قد تنطوى على عنصر الصدمة أو الإيلام ، ولكنها طرق سلمية لا يمليها شعور العدوان . وهى طرق مشتقة من الطب الجسمى .

على أن طبيب الأمراض النفسية (The Psychiatrist) وإن تخصص فى علوم الطب السيكولوجى وفنونه فلا يمكنه أن ينخلع عن صفته الأولى كطبيب عادى . فعليه أن يفحص مريضه جسميا كما يفحصه نفسيا . حتى إذا ألمت بمريضه أعراض مرض جسمى ، أحاله إلى طبيب مختص ، أو عالجه بنفسه إن كان على دراية كافية بهذا المرض . إنه مسئول مسئولية مباشرة عن سلامة مريضه من الأمراض الجسمية العادية . وهو معنى كل العناية بتحسين المستوى الصحى العام لمريضه . وفى سبيل تحقيق هذا الهدف يشرف إشرافا دقيقا على تغذيته ويبذل قصارى جهده فى تحسين مستوى التغذية ، وحالة الدم ، وتنظيم عمل الغدد الصماء ، ومراقبة أدائها لوظائفها على أتم وجه .

وهو يقدم لمريضه العلاج بالفيتامينات المختلفة ، ذلك العلاج الذى تستلزمه صحة البدن والنفس جميعا . وقد يقوم الطبيب النفسى كذلك بعملية نقل الدم ، بل وقد يعمد فى بعض الأحوال إلى حقن المريض بما يعوز بدنه من إفراز هذه الغدة الصماء أو تلك .

وعلى الجملة فطبيب الأمراض النفسية يذكر دائما أن مريضه ـــ سواء أكان



إلى مستشفى الامراض العقلية

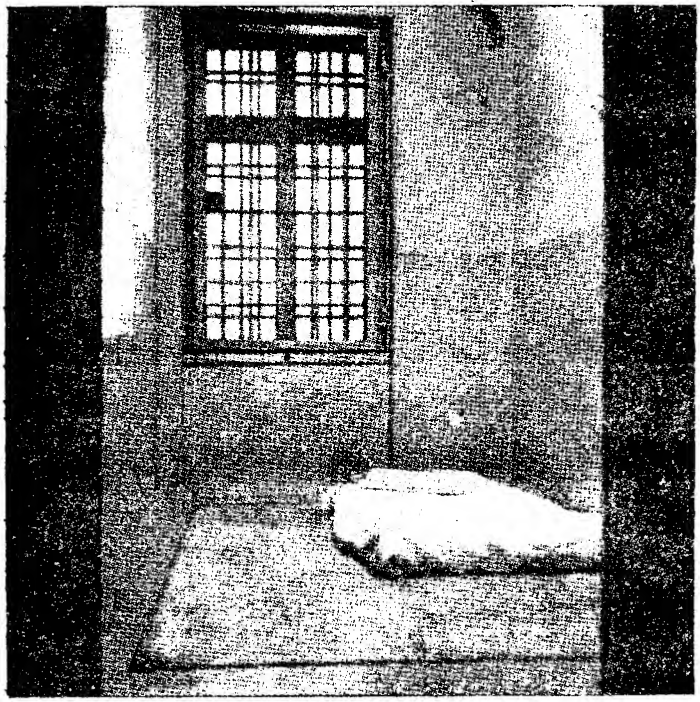
اضطربت حالته النفسية ، وأثقلته الهموم والأحزان . ولم يقو على مجابهتها فحاول التخلص من حياته . حينئذ لم ير ذووه مناصا من استدعاء البوليس ليحمله عنوة إلى مستشفى بلفيو **Bellevue** للأمراض العقلية . وها هو يقاوم بكل قوته . وهكذا نرى أنه حتى فى أمريكا حيث المستشفيات العقلية متوفرة ومعدة أحسن إعداد ، لا يزال الناس يعتبرون المرض النفسى وصمة ، والمستشفيات العقلية سجونا يلحق العار من يلج بابها .

وما أن يصل المريض الهائج إلى المستشفى حتى يلقاه طبيب بحقنة تفرغ فى دمه دواء مسكنا يتيح له نوما عميقا . وإن هى إلا أيام حتى يألف البيئه الجديدة بفضل ما يحظى به من رعاية وتسامح ، وبفضل ما توفره له المستشفى الحديثة من فرص العمل والنشاط .

عصابيا (Neurotic) أو ذهانيا اختلت وظائفه العقلية (Psychotic) — وحدة متكاملة لا تنفصل فى إطارها وظائف الجسم عن ظواهر النفس . وهو يعلم يقينا أن أى اضطراب يصيب الجسم ينعكس حتما فى اضطراب انفعالى أو اختلال عقلى . ويعلم إلى ذلك أن المرض النفسى أيا كان كما ينعكس فى علاقات المريض الاجتماعية فهو ينعكس كذلك فى معظم الأحوال فى أحواله البدنية .

من أجل هذا كان العلاج الطبى العادى جزءا حتميا فى خطة علاج المرض النفسى . على أن العلاج الطبى العادى يزاوله أخصائىُ المرض الجسمى أو الجراح ، ولا يزاوله طبيب الأمراض النفسية بنفسه ما لم يكن يجمع إلى تخصصه فى الطب السيكولوجى خبرة كافية بالمرض الجسمى الذى قد يكون المريض النفسى مصابا به . ويقتضى نظام مستشفيات الأمراض العقلية أن يعين ضمن هيئتها الطبية أخصائيون فى مختلف الأمراض الجسمية المعروفة بما فى ذلك الجراحة ، والأمراض العصبية فضلا عن جراحة الأعصاب . وإن كانت إمكانيات المستشفى لا تسمح بتعيين هؤلاء الأخصائيين كأعضاء دائمين فى هيئة المستشفى ، فهى تتفق معهم على أن يقوموا بزيارات منظمة ، كما تستدعيهم كلما حزب أمر .

ومن الأمور الشائعة أن يشترك الطبيب العام (General Physician) مع الطبيب الأخصائىُ فى الأمراض النفسية (The Psychiatrist) فى علاج المريض النفسى من مرضه الجسمى . يحدث ذلك مثلا فى علاج حالات « الخلط العقلى » الحاد الناتج عن تسمم (من أمثلة هذه الحالات التسمم الناتج عن الإكثار من تعاطى الخمور) . فى هذه الحالات تتحقق وحدة المرض الجسمى والنفسى تحققا واضحا للعيان ، ويستحيل شفاء المريض أو حتى تحسين حالته إلا إذا تعاون الأخصائيان معا من أجل القضاء على السموم أو الاضطراب فى الوظائف الجسمية الذى سبب حالة الخلط ولواحقها ، من فساد الحكم والهذيان إلخ .. ويتحقق تعاون من هذا القبيل كذلك فى علاج الشلل الجنونى العام بالطرق المضادة للزهرى كالبنسلين ، تلك الطرق التى تستهدف القضاء على طفيليات المرض داخل المخ .



الحجرة المحصنة

جرت العادة أن يوضع « المجانين » الذين يندفعون — من حين لآخر — إلى أفعال إجرامية عنيفة فى حجرات محكمة الإغلاق درءا لخطرهم ، وألا تحتوى الحجرة إلا على فراش وثير ، وأن تكون جدرانها مبطنة بمادة مرنة حتى لا يؤذون أنفسهم حال الهياج . ولكن الأدوية المسكنة كفيلة اليوم بتهدئة أكثر المرضى عنفا وأشدهم هياجا ، ولذلك تستغنى المستشفيات الحديثة عن الحجرات المحصنة . ذلك إن كان فيها من الأطباء والممرضين عدد كاف للإشراف على المرضى الخطرين .

وهنالك ناحية أخرى فى العلاج الطبى العادى يفيد منها طبيب الأمراض النفسية ، تلك هى استخدام المسكنات (Sedatives) بجميع أنواعها — من المسكنات التى تحدث أخف الآثار إلى تلك التى تسبب غيبوبة عميقة قد تستمر ساعات أحيانا وأياما أحيانا أخرى . يحتاج الطبيب النفسى إلى استخدام هذه المسكنات كعوامل مساعدة فى علاجه الخاص للمرض النفسى . فهو يستخدمها مثلا من أجل تقليل حدة التوتر الانفعالى لدى مريضه . ذلك أن التوتر الانفعالى الحاد يعجز المريض عن أى تعامل اجتماعى مع زملائه المرضى ، لا بل ومع أطبائه وممرضيه ، حتى إذا تعاطى مسكنا يتناسب مع شدة توتره ومع صحته العامة أصبح أكثر قابلية للتعامل مع بيئته سواء فى المستشفى أو فى منزله ، وأكثر تهيؤا للعلاج النفسى أو لأى علاج آخر تستلزمه حالته المرضية . وكثيرا ما تستخدم المسكنات كأداة مساعدة فى المراحل الأولى من علاج الأشخاص الذين يعانون من التوتر ، أو القلق ، أو الضيق والاكتئاب ، فتتيح لهم أثناء الليل نوما هادئا ، وتوفر لهم آناء النهار حالة من الاسترخاء والشعور بالعافية .

هذا وتستخدم العقاقير المسكنة ، وأحيانا التخدير الجزئى تمكين المريض من إطلاق الانفعالات المكبوحة أو المشاعر المكبوتة . ويطلق على هذه الطريقة التفريغ ، أى إطلاق « الشحنات الانفعالية » من عقالها فى النفس ، وتحرير المريض من الضيق أو الاختناق الذى ينجم عن وجودها . وقد أثبتت هذه الطريقة نجاحا على وجه الخصوص عند ما تكون المادة المدفونة حديثة العهد نسبيا ، كما فى تجارب الحرب والكوارث الطبيعية كالحرائق والزلازل ، والسيول ، أو غير ذلك من الحوادث التى قد تكون أحاقت بالمريض . ففى أغلب مثل هذه الحالات يمكن استرجاع ذكرى الحادثة التى تكون قد نسيت نسيانا تاما أو جزئيا بعد جلسة أو جلستين من العلاج . ويعاود المريض خلال العلاج معظم الانفعال غير المحتمل الذى خبره إبان الحادثة ، ولكنه فى هذه الحالة يتقبله ويدمجه فى حياته الواعية .

ويمكن تحقيق عملية التفريغ باستخدام « الإتير » عندما يتوقع الطبيب أن المريض على وشك أن تتملكه حالة من الهياج والانفجار وبذلك يمكن ضبطه وتجنب ما قد ينجم عن هياجه من أوخم العواقب . وقد يفيد أحيانا من تعاطى المسكن المصابون

بفقدان الذاكرة ، والذين أصيبوا بنوبات عنيفة حديثة العهد من القلق الحاد . على أن اختيار الحالات التى يفيد فيها هذا اللون من العلاج تحتاج إلى عناية فائقة ، ويراعى الطبيب أن يكون ذلك الاختيار متوقعا على قدرة المريض على مجابهة المادة التى كانت مكبوتة . ويكفى لبيان خطورة مثل هذا العلاج أن نضرب مثالا واحدا ، هو أن إعطاء العلاج التفريغى لمريض تصادف أنه على شفا مرض الفصام غالبا ما يفضى إلى كارثة محققة .

ويعمد الطبيب النفسى كذلك إلى استخدام المسكنات لتمكين المريض من النوم عشرين من أربع وعشرين ساعة طوال الوقت تتراوح بين خمسة وعشرة أيام . وهذا لون من العلاج يتطلب مهارة فائقة وخبرة عميقة باستخدام هذه العقاقير وخصوصا من ناحية التمريض . فلا بد من الإشراف الدقيق على كمية الطعام ، وعلى عمليات الإخراج ، ولا بد من التأكد من أن الجهاز يحتفظ بتوازنه الفسيولوجى العام فى فترات اليقظة . ولهذه العقاقير مكان فى علاج حالات التهيج والهوس الخفيف ، إذ تعطى للمرضى كإجراء مؤقت ، وتعطى فى بعض الظروف فى حالات القلق الحاد حين يكون مرجع القلق إلى عوامل خارجية يشعر بها المريض وتكون غير محتملة ، أو إلى عوامل لا يزال المريض عاجزا عن مجابهتها .

وثم عقاقير تحدث عكس الأثر الذى تحدثه المسكنات والعقاقير المخدرة عندما تعطى للراشد السوى . وهى مستخلصة من مادة كيميائية تعرف بالأمفيتامين (Amphetamine) ، وتباع تحت أسماء متعددة كالبنزدرين (Benzedrine) ، والدكسدرين (Dexedrine) ، والميثدرين (Methedrine) إلخ .. أما الأثر الذاتى الذى ينجم عن تعاطى هذه المستحضرات فهو ازدياد التنبه الذهنى ، وهبوط الشعور بالتعب . ولا يعرف على وجه التحقيق ماذا تحدثه هذه المواد من تغيرات ، ولكن الراجح أنها تؤثر على كيمياء الجسم الحيوية ، وعلى وجه الخصوص كيمياء المخ ، تأثيرا من شأنه إرجاء تراكم ما يفرزه الجسم من مواد مختلفة ، على الأقل فى المخ . وإذا تعاطى الشخص هذه المستحضرات ليلا ، فقد يمتنع عليه النوم . ولو تعاطى كميات أكثر من اللازم لفترة من الزمن ، فربما نجم عن ذلك اختلال عملية الحكم واضطراب

الشعور . ويحدث هذا خصوصا إن كان استخدامه مصحوبا بتعاطى الكحول لدى الحساسين من الناس .

على أن هذه المستحضرات الطبية تفيد فى علاج الحالات الخفيفة من الاكتئاب ، والبطء،وذلك الضرب من التعب الهياجى الذى عهدناه يصحب بعض أمراض العصاب ، فضلا عن بعض الجروح أو الإصابات التى تلحق بالمخ . وتفيد كذلك كطريقة مؤقتة للتخلص من التعب الذهنى والبدنى عندما يستلزم الحال ذلك .

وتفيد هذه المستحضرات على وجه الخصوص فى علاج الأطفال ، لا باعتبارها علاجا قائما بذاته ، بل باعتبارها وسائل إضافية تساعد على إنجاح العلاج . ويستخدم فى مثل هذه الحالات تلك الأنواع من المستحضرات المضادة للتشنج والمضادة للصرع لدى الأطفال الذين يعانون من الصرع من أى شكل ؛ وتعطى مركبات البنزدرين فى علاج الأطفال الذين يتصفون بسلوك عدوانى أو هدام بدرجة كبيرة ، وكذلك الأطفال الذين يتصفون بنشاط زائد عن الحد . ويستخدم أحيانا مركب من البنزدرين والإفدرين (Ephedrine) فى علاج حالات التبول اللاإرادى لدى الأطفال الذين نومهم ثقيل . ولعل قيمة الإفدرين فى هذه الحالات تكمن فى تأثيرها المباشر على الجهاز العصبى الذاتى : فهو إذ يرفع مستوى التنبه العام للجهاز العصبى الذاتى ، وإذ يزيد قوة العضلات التى تغلق فتحة صمام المثانة ، يساعد على تقليل قابلية المثانة لتفريغ ما بها على نحو أوتوماتيكى أثناء النوم .

وهنالك عدا هذه المستحضرات حبوب يستخدمها أطباء الأمراض النفسية ، من ذلك حبوب الأنتابيوز (Antabuse) التى تستخدم سلاحا فعالا فى محاربة الإدمان المزمن على الخمور،على أن هذا الدواء لا يستخدمه الطبيب النفسى كعلاج قائم بذاته ، إنما يستخدمه ضمن خطة شاملة تأتلف من علاج بدنى يهدف إلى تحسين الحالة الصحية العامة للمريض . وغير خاف أن شعور المريض بتحسن حالته الصحية تفيد فى رفع روحه المعنوية ، الأمر الذى لا يتحقق بدونه شفاء من أى مرض . وتأتلف الخطة العلاجية كذلك من علاج نفسى يتعمق مصادر التوتر والصراع التى تكمن وراء ذلك الاندفاع القهرى إلى تعاطى الكحول طلبا للراحة . وتأتلف أخيرا وليس

آخرا من إجراءات عملية تتخذ بشأن حالة المريض الاقتصادية وبشأن حياته العائلية والمهنية ، ومن شأن هذه الإجراءات زيادة قدرة المريض على التكيف الاجتماعي .

يتبين من الأمثلة السالفة الذكر أن طب الأمراض النفسية على الرغم من تبلوره كاختصاص قائم بذاته إلا أنه لا يستغنى أبدا عن الطب العام . إنه يستخدم فى علاجه للأمراض النفسية كثيرا من الوسائل التى يستخدمها الطب العام فى علاج الأمراض البدنية . على أنه يضيف إلى هذه الوسائل ، ويساهم مساهمة فعلية فى تطويرها ، كما أنه يطوعها لأغراضه الخاصة ، ويتخير منها كل ما تثبت التجربة الحاجة إليه كعامل مساعد فى علاج الأمراض النفسية .

ننتقل الآن إلى عرض الطرق الجسمية الخاصة بعلاج الأمراض النفسية ، والطرق الجسمية التى نشأت فى كنف الطب النفسى خاصة . وقد نشأ ثلاث فئات من طرق العلاج الجسمى للأمراض النفسية خلال الأعوام الثلاثين الأخيرة . وقد تمخضت هذه الطرق عن التجربة الاتفاقية ، وأدى اكتشافها إلى تغيير جوهرى فى نظرة الطب النفسى لبعض ألوان المرض النفسى ، إذ أصبح ممكنا بفضلها أن نخفف أو نبرىء أمراضا لم يكن فى مقدور الطب السيكولوجى التحكم فيها . أفضت هذه الفئات الثلاث إلى ما يعرف الآن بأنواع العلاج الثلاثة الآتية :

العلاج بالصدمة الكهربائية .

العلاج بالأنسولين .

العلاج بجراحة الأعصاب .

العلاج بالصدمة الكهربائية :

تتلخص هذه الطريقة فى إعطاء المريض صدمة كهربائية تحدث لديه حالة أشبه ما تكون بنوبة التشنج العصبى . ويمر المريض نتيجة مرور التيار الكهربائى فى جسمه بنفس المراحل تقريبا التى يمر بها المريض بالصرع أثناء نوبة التشنج .

ويرجع الفضل الأكبر فى اكتشاف ذلك العلاج إلى الطبيب المجرى « فون مدونا » (Von Meduna) ولهذا الاكتشاف قصة ابتدأت بملاحظة قيمة سجلها طبيب مجرى

أيضا هو الدكتور « نيرو » . تلك هى أن الصرع يندر حدوثه للمصابين بالمرض العقلى المعروف بالفصام (الشيزوفرينيا) . واستنتج من ذلك أنه لا بد أن يكون بين نوبات التشنج فى مرض الصرع وبين مرض الفصام تأثير مضاد . وعلى الرغم من أن هذا الفرض لم تثبته التجربة بعد إلى اليوم ، بيد أن الدكتور « مدونا » فكر فى أن يجرب عمليا تأثير نوبات التشنج فى علاج مرض الفصام ، فعمد إلى إحداث نوبات تشنج صناعية لدى المصابين بهذا المرض ، مستخدما فى ذلك زيت الكافور ، يحقن به المريض فى العضل . ثم طرأت تحسينات عدة على طريقة إحداث نوبات التشنج . وأسفرت التجارب عن تحسن ملحوظ فى حالة المرضى الذين كانت تبدو عليهم أعراض الاكتئاب أو الانزواء مع التبلد . وأثبتت الملاحظات أن هذا الضرب من العلاج يحرز نجاحا أكبر فى علاج حالات جنون الاكتئاب منه فى علاج حالات الفصام التى من أحلها ابتكر . وإن أكبر نجاح يحرزه هذا العلاج هو فى ميدان جنون الاكتئاب الذى يتعرض له بعض الناس فى سن اليأس .

وأخذ رجال الطب النفسى يدخلون التحسين على هذا اللون من العلاج حتى عدلوا أخيرا عن استخدام العقاقير فى إحداث حالة التشنج الصناعى ، واستعاضوا عنها بتيار كهربائى يسلط بالتدريج على المنطقة الجبهية من المخ فترة لا تتجاوز جزءا من الثانية . ويرجع الفضل الأول فى هذا التجديد إلى الطبيب الإيطالى « كارليتى » (Carletti) ، وأضيف إلى هذا التجديد تحسينات أخرى قصد بها تقليل الأخطار التى تنجم نتيجة التشنجات . من ذلك حقن المريض بمخدر قصير الأجل . وانتهى الأمر بعد ذلك باستبعاد مظاهر التشنج استبعادا تاما ، وذلك بحقن المريض بمركب معين كال Curare (وهو طائفة من السموم المستخرجة من نبات موجود بأمريكا الجنوبية) للتحكم فى التشنجات . وهذا المركب يصيب بشلل مؤقت المجاميع الكبرى من العضلات الإرادية ، وذلك بأن يوقف الاتصال (إلى حين مرور التيار) بين نهاية العصب وبين العضلة نفسها . وهذا التأثير سرعان ما يزول ويمكن إيقافه بوسائل مضادة . ونتيجة هذه الإجراءات مجتمعة فى العلاج الحديث : أن المريض يحقن بكمية صغيرة من مادة مخدرة ، يظهر أثرها فى ثوان قليلة بدون أن تصيب المريض بأى

ضيق . ولا يكاد يتناول المريض هذه الحقنة حتى يحدث الشلل المؤقت للعضلة الإرادية ، فيعطى الأكسجين للمريض ، ثم الصدمة الكهربائية .

وكل ما يظهر على المريض هو تغيير مؤقت فى التنفس ، وبعض الاهتزازات فى عضلات معينة مما يدل على أن التيار قد أحدث الأثر المطلوب ، وفيما عدا هذه المظاهر لا يبدو على المريض أى تغيير . وبمجرد سريان التيار وحدوث الاستجابة ، يعطى المريض الدواء المضاد لل Curare إن كان قد استخدم ، ويستمر إعطاء الأكسجين .

وبعد برهة يستعيد المريض وعيه دون أن يدرى أى شيء من تفاصيل العملية كلها ، وبدون أن تعي ذاكرته شيئا أكثر إيلاما من تعاطى المخدر . ويكون التراخى المؤقت للعضلة الإرادية قد زال تماما ، ذلك أن الغرض من هذا التراخى هو تجنيب المريض عنف الانقباض العضلى ، واحتمال حدوث أى كسر فى العظام الأمر الذى طالما كان يحدث عندما كانت الصدمة تعطى بدون التحسينات الأخيرة .

ويعطى هذا النوع من العلاج مرة أو مرتين فى الأسبوع ، ويتراوح متوسط عدد الجلسات اللازم للقضاء على مرض اكتئابى شديد بين ست واثنتى عشرة جلسة . وقد يعطى هذا العلاج فى ظروف خاصة فى العيادات الخارجية بالمستشفيات ، ولكن الأوساط الطبية المسئولة تفضل عدم إعطاء هذا العلاج إلا إن كان المريض نزيلا بالمستشفى كى يحظى بإشراف كاف .

ولا يسمح المقام هنا بتفصيل القول فى أثر هذا العلاج ، ولكن بوسعنا أن نبين هذا الأثر بصفة عامة . إن الأثر العام الذى يترتب على هذا العلاج هو تحرير المريض من حالة الاكتئاب حتى يعود إلى حالة الصحة النفسية وينعم بالسعادة من جديد . وإن أثر العلاج أثر واضح فى حالات الاكتئاب ، ويمكن أن نعجب حقا بهذا الأثر عند ما يستحيل المريض المعذب ، المهتاج ، الباكى ، الذى لا يفتأ تراوده نية الانتحار فضلا عن الإقدام عليه فعلا ، إلى شخص هادئ ، معافى ، نشيطا ، سعيدا .

ولكن ثمة حقيقة ينبغى ألا نغفل عنها ، ألا وهى أن استخدام الكهرباء فى علاج المرض النفسى إنما هو إجراء جزئى فى خطة علاجية شاملة تتضمن حتما العلاج بالوسائل النفسية ، تلك الوسائل التى لا بد من استخدامها قبل جلسات الكهرباء ،

وخلال هذه الجلسات ، وبعد أن ينتهى المريض منها . فما أحوج المريض فى المراحل الأولى من العلاج إلى التشجيع والتطمين يبذلهما له الطبيب المعالج على أساس من التقدير لأحزانه ومخاوفه . أما فى مرحلة تالية ، بعد أن تكون حالة المرض قد طرأ عليها قدر من التحسن ، فإن الطبيب المعالج يبدأ معالجة مشاكل مريضه الشخصية بحذر — أقول بحذر لأن المرضى يختلفون فيما بينهم من حيث استجابتهم لأى مساس بمشاكلهم الشخصية ، والتعرض لهذه المشاكل قبل أن يكون المريض مستعدا لمجابهتها قد يصيب المريض بنكسة ويعقد — من ثمة — عملية العلاج .

وهذا يبرر القول بأن العلاج بالطرق الجسمية وحدها إجراء جزئى لا قيمة له إن كان منفصلا عن العلاج النفسى ، ويبرر الرأى القائل بأن العلاج النفسى لا يمكن أن يقوم به غير شخص حظى بتدريب عملى كاف فى مختلف طرق العلاج النفسى ، ويبرر أخيرا تصميمنا على أن علاج المريض لا بد أن توضع له خطة شاملة تعبأ فى تنفيذها كافة الطرق الجسمية والنفسية والاجتماعية فى تناسق وتآزر تامين .

العلاج بالأنسولين :

لاكتشاف هذا العلاج قصة لا تقل طرافة عن قصة اكتشاف العلاج بالكهرباء . ويرجع الفضل الأكبر فى هذا الاكتشاف إلى الدكتور « ساكل » (Sakel) من فيينا . وقد أثبتت التجربة أن لهذا الدواء قيمة كبرى فى علاج مرض الفصام على وجه الخصوص . وجاء اكتشاف الدكتور « ساكل » لهذا العلاج بطريقة الصدفة . ذلك أنه كان مهتما بمشكلة التحكم فى الألم النفسى والجسمى الذى يصيب مدمنى المخدرات حين يتطلب علاجهم من الإدمان تقليل كمية المخدرات التى يتعاطونها أو منعها بالمرة عنهم . وقد وجد أن جرعات صغيرة من الأنسولين (وهو مادة تفرزها غدة البنكرياس فى البطن ، وهذه المادة مسئولة عن تنظيم نشاط المواد الكربوهيدراتية فى الجسم ، وتستخدم على نطاق واسع فى علاج مرض السكر) ذات أثر فعال ليس فقط فى زيادة الشهية لدى المدمنين وتخفيف حدة آلامهم الجسمية ، بل كذلك فى تخفيف توترهم وما ينتابهم من ضيق انفعالى . إن التأثير للأنسولين هو إزالة السكر من الدم ،

وخزنه احتياطيا فى الأنسجة . إذا كانت الكميات التى ينتجها البنكرياس من الأنسولين كميات بالقدر الطبيعى ، فإن هذه العملية تتم على أتم وجه ، ويتبقى فى الدم دائما قدر من السكر يكفى كى يقوم بوظيفة الوقود وكى يحافظ على الطاقة الجسمية العادية . أما إن تعاطى الفرد على نحو صناعى كميات أكبر من الأنسولين ، أزيل من الدورة الدموية قدر أكبر من السكر مما يؤدى إلى الإغماء والخمول .

بدأ الدكتور « ساكل » محاولته فى علاج أنواع الاضطراب العقلى غير مرض الفصام . وأدى العلاج المعروف باسم العلاج المعدل بالأنسولين (Modified Insulin therapy) (وهو صورة من العلاج بالأنسولين تستخدم فيها كميات من الأنسولين بالقدر الذى لا يحدث أكثر من إغماء ، وتصبب العرق ، والخلط) إلى تحسن كبير جدا لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات القلق . عادت الشهية إلى هؤلاء المرضى ، وزاد وزنهم . وفضلا عن ذلك فقد أصبحوا أكثر هدوءا ، وأقدر على تقبل العلاج النفسى والإفادة منه . وهنا نذكر القارىء بأن العلاج النفسى لا غنى عنه فى حالة العلاج بالأنسولين ، فهو كما أسلفنا حجر الأساس فى أى خطة علاجية لأى مرض من أمراض النفس ولأى اضطراب يلحق بسلوك الأفراد وصحتهم النفسية .

وإن مرضا آخر أجل وأخطر من القلق ، هو « الفصام » لم ينفع فى علاجه أية طريقة من الطرق التى حاولها الأطباء معه ، ولكن إعطاء المرضى به كميات ضخمة من الأنسولين يبشر بخير كثير . فقد وضع الدكتور « ساكل » طريقة العلاج لحالات مختارة من المرضى بالفصام طبقا لبرنامج يومى دقيق وتحت إشراف واع . فعلى المريض أن يتعاطى من الأنسولين كميات تزاد يوما بعد يوم ويتعاطى هذه الكميات خمسة أو ستة أيام فى الأسبوع . والمرضى الذين يتعاطون هذه الكميات الضخمة من الأنسولين ينتابهم الخلط ، والدوار ، والعرق المتصبب حتى يذهبوا فى نوم عميق ومنه إلى غيبوبة مغرقة . وإذا لم توقف هذه العملية فربما انتقل المريض من حالة الغيبوبة إلى موت محقق . ولا ينبغى أن تستمر الغيبوبة أكثر من فترة محدودة ، تتراوح فى العادة بين نصف وثلاثة أرباع الساعة ، ويوقف الطبيب الغيبوبة بأن يعطى المريض كمية من الجلوكوز سواء عن طريق أنبوبة توصل الجلوكوز إلى المعدة مباشرة أو عن طريق حقنة

فى العضل .

وبعد زوال الغيبوبة يستعيد المريض وعيه على نحو طبيعى دون أدنى شعور بتجربة مؤلمة . ويشعر المريض فى مثل هذه الحالة بجوع شديد ، ويشجعه المعالج على تناول إفطار ضخم قبل أن يغادر فراشه لاستئناف نشاطه اليومى المعتاد . ولا تعى ذاكرة المريض من إجراءات العلاج بالأنسولين غير ذكرى حقنة تناولها فى عنبر مظلم هادئ فى صباح باكر ، وأنه ذهب لينام ، واستيقظ بعد ذلك صباحا ليتناول مشروبا حلو المذاق وليحظى بإفطار ضخم . هذا هو العلاج من ناحية المريض ، أما من ناحية الطبيب والممرضين فلا بد من وقوفهم على المريض طوال العملية ، فالعلاج بهذه الطريقة مسئولية خطيرة حقا ، وهو يتطلب حنكة كبرى وبراعة فى التقدير . وهو أكبر مثال على أهمية المران الطويل والتعاون التام بين فريق بأسره من الأخصائيين . وهذه الشروط لا يمكن أن تتحقق إلا فى مستشفيات أو عيادات معدة أحسن إعداد ممكن .

جراحة الأعصاب :

هذا الضرب من العلاج له بداياته فى تاريخ الطب القديم ، ولكن تطوره الحديث يبدأ عند نظريات وتجارب طبيب أعصاب من البرتغال هو الدكتور « إجاز مونيز » (Egaz Moniz) صاحب الملاحظات الكلينيكية القيمة والفروض المنيرة فى فسيولوجيا الأعصاب . لقد درس هذا الطبيب ملاحظات « هيولينجز جاكسون (Hughlings Jackson) على وظيفة المخ ومختلف مواضعه ، وبحوث « هارفى كوشنج » (Harey Cushing) فى جراحة المخ وأثرها على وظائف المخ ، كما درس نظريات أخصائى الأعصاب الألمانى ، الدكتور « كلايست » (Kleist) ، فى الدور الذى تلعبه فصوص المخ الجبهية فى الشعور . درس « إجاز مونيز » هذه النظريات والبحوث جميعا ، كما حصل على التاريخ الطبى لمريض فقد ذلك الجزء من المخ فى حادثة ، إذ اخترق قضيب جمجمته دون أن تودى الحادثة بحياته ، وعاش عقب الحادثة سنوات . وقد كان تاريخ هذا المريض مصدرا رائعا استمد منه طبيبنا تأملاته

وفروضه .

ومن دراسات الآخرين وتجاربه وملاحظاته وتأملاته انتهى إلى فرض مؤداه أن أفكار المصابين بالهذاء ومشاعرهم يمكن أن نغيرها بتغيير البناء الجسمى للمخ . وكان يأمل على وجه الخصوص أن يؤدى تغيير بناء المخ إلى القضاء على الهذاءات التى تمتنع على التصحيح . واختار الفصوص الجبهية كنقطة الهجوم ، وذلك لأن القرائن المتجمعة لديه كانت تدل على أن الإنسان يمكن أن يبقى بدونها على قيد الحياة ، ولأنها كانت تعتبر إلى ذلك الحين مركز النشاط العقلى .

صمم الدكتور « س . ف. جاكوبسون » (C. F. Jacobson) مجموعة من التجارب الجراحية عمد فيها إلى إزالة الفصوص الجبهية لدى أنواع عليا من القردة أو إلى فصلها عن بقية المخ . ولاحظ أن القردة التى أجريت عليها هذه العملية تعتريها استكانة وعدم مبالاة بالمنبهات التى كانت مثار نرفزة لها قبل العملية . ولكن « مونيز » (Moniz) هو أول من تجاسر على نقل العملية إلى مجال الإنسان ، إذ أجراها على نفر من المصابين بالمرض العقلى بدا له ألا سبيل إلى شفائهم منه ، نفر بلغ بهم التوتر الانفعالى والآلام النفسية حدا أعجزهم عجزا تاما عن القيام بأى نشاط . كان يفصل الفصوص الجبهية من المخ عن بقية أجزاء المخ بأن يحقن المناطق المجاورة للفصوص الجبهية بالكحول . ثم عدل عن هذا الاجراء إلى إجراء آخر هو قطع الأنسجة التى تخترق هذه المناطق . وتلك هى العملية التى عرفت بعملية « قطع المادة البيضاء » (Pre-frontal leucotomy) ؛ وسميت كذلك لأنها تهدف إلى قطع أنسجة الأعصاب التى تصل الفصوص الجبهية ببقية المخ . وتسير هذه الأنسجة العصبية تحت سطح المادة السنجابية وهى ذات لون أبيض .

وأسفرت التجارب الأخيرة عن نجاح رائع لهذه العملية فى حالات معينة اختيرت اختيارا دقيقا ، فى حين أدت إلى كوارث فى أنواع أخرى من الحالات المرضية . ولكن نجاح سلسلة العمليات الأولى التى أجراها « مونيز » (Moniz) برهنت أنه على الرغم من أن العملية أحدثت تغييرات محققة على عقول المرضى ، فإن هذه التغييرات لم تكن بينة بالنسبة لمضمون الهذاءات المسيطرة على عقولهم بقدر ما كانت بالنسبة لموقفهم من

هذه الهذاءات ومن الحياة بالإجمال . لقد صار مرضاه إلى ماصارت إليه قردة « جاكوبسون » من استكانة ، وهدوء ، وتبلد .

وقد أوحت هذه العمليات بحركة واسعة النطاق من الملاحظات الكلينيكية والبحوث التجريبية ، وأثارت معارضات لا حصر لها من جانب أكثر الأوساط الطبية . والرأى النهائى فى أثر هذه العمليات هو أن قدرا كبيرا من التوتر الانفعالى ، والتحكم الشعورى فى السلوك والانشغال الزائد به (اللذان قد يفضيان إلى ذلك التوتر) تتصل على نحو ما بعمل المسالك العصبية التى تربط الفصوص الجبهية ببقية بقاع المخ ، وعلى وجه الخصوص بالثلاموس ، وهو عبارة عن حزمة من النسيج العصبى فى نصف حجم كرة الجولف وتقع فى جذع المخ . ويبدو أن دور الثلاموس بمثابة محطة استقبال للرسائل العصبية الواردة من جميع أنحاء الجسم ، وتربطها أعصاب معينة بالفصوص الجبهية التى يبدو أنها المسئولة عن صياغة التقدير الشعورى لهذه المنبهات والاستجابة الانفعالية لها . ومعنى هذا أن الثلاموس يبدو أنه يلعب دورا جوهريا فى تشكيل علاقة المريض الانفعالية الشعورية بالواقع والخبرة ؛ أو — إن أردنا تعبيرا دارجا — تشكيل شعور المريض نحو الأشياء .

ولا يزال هذا العلاج تحت التجربة ، وتقوم فيه آلاف البحوث ، وتدخل على الجراحة تعديلات عدة ، وتبتكر طرائق جديدة فى إجراء العملية الجراحية .

على أن هذه العملية لا يفكر الأطباء فى إجرائها ما لم تتوفر فى المرضى شروط معينة ، منها أن يكون التوتر والألم الانفعالى بقدر هائل فى حياة المريض ، فى حين لا تكاد تبدو عليه دلائل التبلد الانفعالى والنزوع إلى الانزواء . ولا بد أن تكون الحالة المرضية لدى المريض قد دامت مدة سنة أو سنتين على الأقل سواء مستمرة كانت أو متقطعة ، وأن يكون قد استخدم فى علاجها طرق جسمية أخرى بدون جدوى أو بتحسن مؤقت .

ولا شك أن علاجا هذا شأنه علاج تدميرى فى صميمه ، إذ يقضى قضاء مبرما على جزء من الجسد الإنسانى فى معظم الحالات . ومن أجل ذلك لا يمكن للطبيب الذى يؤمن بكرامة الإنسان ويقدر خطورة المسئولية الملقاة على عاتقه أن ينصح بإجراء

هذه الجراحة إلا فى أضيق الحدود وما لم تتوفر أقوى المبررات لإجرائها . ولا يمكن لطبيب الأمراض النفسية وحده أن يقرر إجراء هذه العملية ، وإنما يسهم معه فى الوصول إلى هذا القرار نفر من الأخصائيين من بينهم الأخصائىّ فى جراحة الأعصاب ، والأخصائىّ فى علم النفس الكلينيكى .

تنجح هذه العملية فى حالات خاصة ، وأكبر مكاسبها أنها تعيد إلى المريض هدوءه النفسى ، كما تعيد إليه القدرة على التوافق مع واقع الحياة والأحياء . ولكن المريض يدفع فى مقابل هذه المكاسب ثمنا ليس بالبخس ، إذ يطرأ تغيير على التوازن العام للحياة العقلية والانفعالية بحيث يختلف عما كان عليه قبل أن يصاب المريض بمرضه . من مظاهر هذا التغيير ازدياد الرضوخ للواقع والرضاء الذاتى وتناقص الاهتمام بمشاعر الآخرين ، فضلا عن تناقض الوعى بهذه المشاعر . كما يصبح سلوك المريض غير لبق ، أى لا ينطوى على مراعاة للعرف أو القواعد السائدة ، ويكون هذا السلوك عادة نتيجة تركز ذاتى وليس فى ذاته سلوكا يقصد به إهانة الآخرين . وإذا كانت العملية تحرر المريض من نزعة النقد الذاتى الحاد أو من اليأس المطلق ، فهى تؤدى فى الوقت ذاته إلى نقص فى التخيل ، والحساسية ، والبداهة ، حتى تمس ملكة الحكم . وعلى الرغم من أن القدرة العقلية اليومية لا تمس بسوء إلا أن المريض يفقد القدرة على مزاولة الأعمال التى تتطلب أعلى مراتب النشاط العقلى .

والخلاصة أن جراحة المخ من حيث هى أسلوب من أساليب العلاج الطبية للأمراض النفسية قد فتحت آفاقا جديدة فى مجال العلم بالأمراض النفسية . غير أن الحكم على نتائجها إلى اليوم ليس بالبساطة التى نتصورها . فقد رأينا أن مختلف طرق جراحة المخ لا ينصح الأخصائيون بها إلا فى حالات نادرة . كما أن النجاح ليس محققا فى جميع هذه الحالات . بل إن نجاحها فى بعض هذه الحالات هو نجاح فى ناحية وإخفاق فى ناحية أخرى . إنها تقلل من متاعب ولكنها تفضى إلى متاعب كذلك .

وإن المؤلف ليشعر أن واجبه كمواطن على أقل تقدير ، يحتم عليه أن يحذر المتخصصين من أخصائى جراحة الأعصاب من الإقدام على هذه الطريقة العلاجية قبل

أن يسفر البحث العلمى عن نتائج قاطعة . ويجب أن نعترف بأن طب الأمراض النفسية فى مصر والبلاد العربية لا يزال فى المهد صبيا . لدينا عدد من أمهر أطباء الأمراض النفسية ، وأخصائيون ممتازون فى الأمراض العصبية ، ولكن البحوث العلمية فى هذا المجال معدومة أو تكاد تكون كذلك . ولا يمكن أن نطمع فى تقدم علمى إذا عولنا على الخبرة الكلينيكية وحدها ، تلك التى تتكون فى بطء شديد ؛ إنما التقدم العلمى فى مجال الطب العقلى يتوقف على البحوث تجرى على نطاق واسع ، وطبقا لمشروعات طويلة الأمد ، يشترك فى تصميمها وتنفيذها الأخصائيون من كافة فروع الطب النفسى ، وعلم النفس الكلينيكى . والحمد لله أن قولى هذا لا يعبر عن رأيى وحدى ، وإنما يقرنى عليه نفر غير قليل من أساتذة الطب النفسى وطب الأعصاب فى مصر .

أما أن نسارع إلى تطبيق أى أسلوب من أساليب العلاج الجراحى يتحدث عنه علماء الغرب ، فعمل أخشى أن يورطنا فى خطأ أرجو أن يظل الطب فى مصر والشرق بريئا منه ، وأعنى به استغلال إخواننا من المرضى كحيوانات تجريبية .

ويشعر المؤلف كذلك أن من واجبه حيال الرأى العام أن ينبهه إلى أنه ليس من حق أى أخصائى فى الطب العصبى ، أو فى جراحة الأعصاب ، أو فى الطب النفسى ، أو فى علم النفس الكلينيكى ، ليس من حق أحد هؤلاء الأخصائيين منفردا أن يقرر صلاحية هذه الحالة أو تلك لإجراء جراحة فى المخ . وإنما يحتمل تبعة هذا القرار الخطير ، قرار التصرف فى أهم أجزاء الجسد الإنسانى ، هؤلاء مجتمعين بعد دراية وملاحظة يقوم بها كل أخصائى من زاويته الخاصة على فترة كافية من الزمن ، وبعد تبادل البحث سويا .

خبراء العلاج النفسى

فرغنا فى الفصل السابق من عرض مختصر لطرق العلاج الجسمى التى يستخدمها الطبيب النفسى فى علاج مرضاه . على أن علاج الأمراض النفسية يتضمن فضلا عن طرق العلاج الجسمى طرقا نفسية عدة تنضوى كلها تحت كلمة العلاج النفسى (Psychotherapy) . وقد تشعبت هذه الطرق ، وتعددت ، وتعمقت حتى استدعى الأمر أن يصير كل منها تخصصا قائما بذاته ، وفنا يعكف على دراسته والتدرب على مزاولته أخصائيون من الأطباء ومن غير الأطباء أحيانا كثيرة.وقد يستطيع طبيب الأمراض النفسية أن يجيد أحد فنون العلاج النفسى أو بعضها ، فيستخدمها إلى جانب ما تعلمه من فنون العلاج الجسمى ، ولكن ليس بوسعه أبدا أن يجيدها جميعا . ثم أن مهامه ومسئولياته لا يمكن فى واقع الأمر أن تتيح له فرصة استخدام جميع هذه الفنون ، بل إن من الخير للمريض فى بعض الحالات أن يبتعد أحيانا عن أخصائيى العلاج جميعا ، وعن مساعدى هؤلاء الأخصائيين من ممرضين وممرضات ، فيعكف على عمل يدوى ، أو رياضة بدنية ، أو أى نشاط حر يبعده عن جو المرض ومسئوليات العلاج . ولذلك نشأ فن علاجي له أخصائيون غير أطباء ، ذلك هو « فن العلاج بالعمل » (Occupational Therapy) . وسوف تأتى الإشارة إليه فيما بعد .

يهدف أى علاج نفسى إلى تحسين قدرة المريض على مجابهة مشاكله ومعالجتها معالجة واقعية ، وعلى تكييف نفسه لظروف حياته ، وعلى أن يستغل أحسن استغلال ممكن ما لديه من إمكانيات انفعالية وعقلية . ويمكن أن نقسم طرق العلاج النفسى إلى نوعين على الرغم من اشتراكهما فى الهدف : أحدهما يسعى جهده إلى تغيير ظروف المريض ، أو تغيير مشاعره نحو هذه الظروف حتى يصبح بمقدوره أن يحتملها ، ويرتضيها ، ويناضل من أجل العيش فى كنفها . أما النوع الثانى فمهمته الجوهرية هى

تغيير شخصية المريض نفسه ، بحيث يصبح قادرا بمقتضى إمكانياته الخاصة على مجابهة الحياة أيا كانت ظروفها .

ويمكن أن نفرق بين نوعى العلاج النفسى على نحو آخر . فالنوع الأول يتناول — أولا وقبل كل شيء — الأعراض المرضية والمشاكل التى يقر المريض بأنها موجودة فعلا ، على أى نحو كانت درجة فهمه لها . ذلك إذن نوع من العلاج النفسى يختص بذلك الجانب السطحى من حياة المريض ، ولا يطمح إلى أكثر من تحسين حالته وتخفيف آلامه فى أسرع وقت ممكن ، وتهدئه روعه ، وتشجيعه . ويختص بهذا النوع من العلاج الأخصائى فى التوجيه والإرشاد(Guidance and Counseling) . أما النوع الثانى من العلاج النفسى فغرضه الأساسى أن يكسب المريض تبصرا بما يكمن وراء مرضه من أخطاء ، فى تفكيره وفى استجاباته الانفعالية لواقع الحياة ، تلك الأخطاءالتى لا يستطيع أن يتبينها وحده لأنها كامنة فى أعماق اللاشعور ، ولا بد من خبير بسيكولوجيا اللاشعور حتى يتيح للمريض فهم الدلالات العميقة لأعراضه المرضية . وما ذلك الخبير غير الأخصائى فى التحليل النفسى (The Psychoanalyst) وسوف نتحدث عن تخصصه وعمله فيما بعد .

اخصائى التوجيه والإرشاد

كثيرا ما لا تسمح الظروف بالنسبة للمريض بأن يحظى بعلاج نفسى حاسم عميق كالتحليل النفسى . وقد يكون اضطرابه الانفعالى ، أو اختلاله العقلى من النوع الذى يحسن معه ألا يتعرض المريض لتجربة علاجية عميقة ، كتجربة التحليل النفسى . وقد يكون المريض فى حالة من القلق لا تسمح له بأن يفيد من أى إجراء علاجى . وفى جميع هذه الحالات يكون المريض فى حاجة إلى خبرة الأخصائى فى « التوجيه والإرشاد » (The Counselor) سواء أكان هذا الأخصائى طبيبا للأمراض النفسية [illegible] أو غير طبيب ، فإن كان غير طبيب فلا بد من أن يؤدى عمله فى تعاون تام مع غيره من أخصائيى العلاج . فالعلاج فى ميدان المرض النفسى كما أسلفنا خطة شاملة يتعاون على تنفيذها فريق من الأخصائيين يعملون سويا فى تناسق تام .

أن الموجه(Counselor) يتقبل المريض كما هو ، بعلله واضطراباته ، بقدراته وكفاياته . وتقتضى مهمته أن يدعم لدى المريض كل ما يمتلكه من قدرات وكفايات وسمات انفعالية طيبة : إنه يفتش بأساليبه الفنية الخاصة من اختبارات تشخيصية وغيرها عن الجبهات القوية فى شخصية المريض ، ويعمل على تقويتها ، ويحفز المريض إلى أن يستند إليها فى نضاله مع المرض ، وأن يبدأ عندها تقدمه نحو الشفاء . يفعل الموجه كل ذلك مع الاحتراس التام من أن يزيد شعور المريض بنفسه أو ينمى لديه التبصر بصراعاته العميقة .

ويحتاج الموجه كى يؤدى عمله هذا إلى عدد من المقابلات مع المريض ، مقابلات قد تبدو فى ظاهرها شبيهة بمعظم المقابلات التى قد يكون المريض ألفها من قبل مع الأطباء العاديين ، أو المحامين ، أو الرؤساء فى العمل ، إلخ .. غير أن مقابلات الموجه لمريضه شأن مقابلات الطبيب النفسى لا بد أن تدوم فترة من الزمن تتيح للمريض أن يصف متاعبه . وعلى الموجه أن يكون مستعدا للإنصات بكل ما أوتى من صبر وانتباه . ويحاول الموجه فى الجلسات الأولى عادة أن يحصل من المريض عن تاريخ حياته كاملا ، وقد يعتمد على مصادر أخرى كى يملأ الثغرات ، ويصحح الأخطاء أو الأكاذيب التى قد يتورط فيها المريض أحيانا .

ويراعى الموجه دائما أن يشمل التاريخ الشخصى للمريض ظروف الميلاد ، وطفولته الأولى ، وأطوار حياته ، ونموه الجسمى والانفعالى ، ودرجة نضجه فى هاتين الناحيتين طوال حياته المدرسية الأولى ، ثم أثناء سنى المراهقة ، وفى عمله بعد ذلك . ويشمل فضلا عن ذلك تاريخ أى مرض عقلى أو جسمى يكون قد أصيب به هو أو أى فرد من أفراد أسرته وأقربائه ، ونمط الحياة الذى كان يسود أسرته ، وعلاقاته الاجتماعية بأفراد أسرته ، وأقرانه فى المدرسة ، وفى الأعمال التى التحق بها ، وكل ما من شأنه أن يبرز شخصية المريض فى الماضى .

وبعد أن تتاح للموجه صورة واضحة المعالم عن شخصية المريض السابقة للمرض ، وبعد أن يدرك أعراض المرض البارزة وصلتها بماضى المريض ، يستطيع أن يستخلص طرق تخفيف متاعب المريض أو القضاء عليها ولو إلى حين .

حينئذ يقدم الموجه نصائحه ، ويدبر خطط تشجيع المريض بما تشمله تلك الخطط من نشاط لو حفز المريض إلى مزاولته تبينت له قدرات كانت خافية عليه ، وعاودته بعض الثقة فى نفسه ، وشغل ولو بعض الوقت عما يؤرقه من مخاوف أو شكوك أو شعور بالذنب . ومن حين إلى آخر يفسر الموجه للمريض بعض التصرفات مع مراعاة ألا يثير تفسيره عقدا تزيد المريض اضطرابا ، وتقعده ثانية عن استغلال كفاياته وقدراته الفعلية . ويراعى الموجه فى كل نصيحة يقدمها ، أو تفسير يعرضه ألا يستوحى مشاعره الشخصية نحو أى حل بالذات ، وأن يتجنب فضلا عن ذلك خطأ آخر يقع فيه الناصحون عادة لأى شخص ، وأعنى به أن يفكر فيما كان يفعله هو لو كان مكان المريض . ذلك أن الحلول التى يقدمها الموجه ينبغى أن تستمد من تفهمه لحالة المريض نفسه ، لقدراته وكفاياته ، لمدى استعداده لتقبل هذه الحلول ، لحاجاته وإمكانياته الخاصة . وقد يرى الموجه أن ظروفا عائلية أو مهنية معينة تعوق المريض عن التقدم فى العلاج وحينئذ لا مناص له من الاستعانة بأخصائى اجتماعى فى ميدان المرض النفسى (Psychiatric Social Worker) .

وقد تدعو الحاجة إلى خبرة الموجه النفسى كذلك ، لا أثناء عـلاج المريض بالمستشفى بل بعد شفائه . ذلك أن الشفاء من المرض النفسى عادة ليس رهنا باختفاء الأعراض المرضية وزوال الشقاء النفسى . وإنما يكون المريض قد شفى حقا عند ما يصير من التماسك النفسى بحيث يستطيع مجابهة ما يستجد من مشاكل الحياة ومتاعبها . ولذلك ينصح الأخصائيون بأن يتردد المريض بعد انتهاء علاجه على الطبيب النفسي من حين إلى آخر ، أو على من يقوم بمهمة التوجيه النفسى من غير الأطباء . والغرض من التوجيه النفسى فى هذه الحالة أن المريض يعلم بأن هنالك فى الحياة أناسا يفهمون متاعبه وأعراضه ، لا بل ويتقبلون فى غير ما نقمة ، أو تعيير ، أو نقد من جانبهم ، ما يستبد به أحيانا من مشاعر العدوان والضيق ، أناسا على استعداد لشد أزره بما يقدمونه له من توجيهات وتفسيرات لطبيعة متاعبه النفسية وصلتها بالأعراض المرضية . ألا إن التوجيه النفسى عمل حاسم يحول دون انتكاس المريض أمام صدمات الحياة .

والحق أننا فى مصر فى أشد الحاجة إلى خدمات الموجه النفسى ، لا فى مجال العلاج فحسب ، بل وفى مجال الوقاية من المرض النفسى كذلك . فرواد مستشفيـات

الأمراض العقلية لدينا لا يغادرونها إلا كى يعودوا إليها مرة أخرى . وتفسير ذلك أولا : أن أطباء الأمراض النفسية فيها من القلة بحيث يتعذر عليهم حقا أن يقدموا لجموع المرضى أكثر من أنواع العلاج الجسمى التى أشرنا إليها ، ولا يستطيعون فى معظم الحالات أن يجدوا الوقت كى يفيدوا من فنون العلاج بالطرق النفسية . ثانيا : الدعامة الأولى فى علاج المرض النفسى ليست الطبيب المعالج بل البيئة العلاجية برمتها ، من ممرضين وممرضات وغير هؤلاء وأولاء من موظفين يتصلون بالمرضى فى المستشفيات . وإعداد هؤلاء فى مستشفياتنا إعداد غير كاف ، بل أستطيع أن أؤكد أنهم يعوقون تقدم المرضى نحو الشفاء فى كثير من الأحيان . ثالثا : إن جموع المرضى لا يحظون بأية رعاية أو توجيه بعد خروجهم من المستشفى .

ولهذه الأسباب مجتمعة ، أهيب بالمسئولين عن الصحة العقلية فى مصر والبلاد العربية أن يستخدموا نفرا من الموجهين النفسيين ، كى يحملوا العبء مع الأطباء أثناء علاج مرضاهم ، ويسدوا حاجة المرضى الناقهين إلى الإشراف بعد انتهاء علاجهم ، ويتعهدوا بالإرشاد الموشكين على المرض من المترددين على العيادات النفسية . فخدمات الموجهين النفسيين كفيلة بإنقاذ كثيرين من الانتكاس المرضى أو من الانهيار النفسى ، فتخفف بذلك الضغط على مستشفيات الأمراض العقلية ، وما أقل عددها فى بلادنا !!

المحلل النفسى

إن التحليل النفسى (Psychoanalysis) هو أعمق طرق العلاج النفسى ، وأكثرها طموحا ، من حيث أنها تهدف إلى تبصير المريض بالعلاقة بين أعراضه المرضية موضع الشكوى وبين صراعاته الانفعالية المكبوتة ، ومن حيث إنها لا تسدى للمريض نصحا ولا تتخذ له قرارات بشأن مشكلاته الخاصة ، وإنما توفر له وعيا بدوافعه واتجاهاته الفكرية والانفعالية ، وعيا يسلحه ليس فقط ضد مشاكله الراهنة ، بل وضد ما يخبئه له المستقبل من مشاكل ، وعيا يكفل له القدرة على أن يتخذ إزاء مواقف حياته قرارات مستمدة من فهم واقعى لإمكانياته وحاجاته فضلا عن حدود الواقع الخارجى ، مع

تقبل للحرمان الذى تحتمه أحيانا ضآلة الإمكانيات الذاتية ومقتضيات الواقع الخارجى .

والتحليل النفسى تجربة نفسية عميقة ، تثقل كاهل المريض وكاهل المحلل النفسى على السواء . فليس من اليسير على المريض أن يتابع المحلل فى رحلته فى شعاب نفسه نحو المحظور من الرغبات ، والطفلى من الحاجات ، والداعر من الدوافع . ليس من اليسير على المريض أن يواجه ضآلته ، وخطاياه حتى ولو كانت تلك الضآلة وهذى الخطايا أوهام طفلية . لقد علمنا « فرويد » (Freud) ، مكتشف طريقة التحليل النفسى ، أن المريض « يقاوم » بكل كيانه مواجهة واقعه النفسى ، وأن « المقاومة » (Resistance) تتخذ أشكالا عدة . والمحلل النفسى لا بد له من دراسة عميقة ، ومران كاف قبل أن يتمكن من كشف حيل « المقاومة » فى مختلف صورها المقنعة .

وليس من اليسير على المحلل النفسى أن يتخلص من دوافعه وصراعاته الخاصة ، فينظر لمشكلات مريضه فى ضوء واقعى صرف . فهو مهدد فى كل حين بالتورط فى الاستجابة العاطفية لمريضه الذى لا ينى عن إبداء حبه وبغضه ، وإعجابه وازدرائه للمحلل ؛ وهو مهدد إذ يحاول تأويل تصرفات المريض أن يتأثر بقيمه ونظراته الخاصة للحياة . ولذلك كان لا بد للأخصائى فى التحليل النفسى أن يعد إعدادا طويلا خاصا ، يتضمن المرور بتجربة التحليل فيجلس أعواما ثلاثة أو أربعة مجلس المريض من أستاذ فى التحليل النفسى يبصره بحيله الدفاعية ، ومقاوماته ، وتورطاته العاطفية معه ؛ ويبصره بما تنطوى عليه أحلامه من دلالات عميقة لو أحسن تأويلها كشفت الستر عن أسرار ما كان أبعدها عن شعوره .

وقد كثر حديث الناس عن التحليل النفسى تاريخا ونظريات ، وعرف القاصى والدانى فضل حركة التحليل النفسى على تطوير نظرتنا لا للمرض النفسى فحسب بل وللحياة النفسية على [illegible] ولكن كثيرا من الناس يجهلون الإجابة على السؤال الآتى :

كيف يتعلم المحلل النفسى فن العلاج ، وكيف يزاوله ؟

يحتاج التخصص فى هذا اللون من العلاج النفسى إلى دراسة نظرية وعملية تتراوح بين ثلاثة وأربعة أعوام . وينظم هذه الدراسة جمعيات للتحليل النفسى طبقا لبرنامج متفق عليه من هيئة عالمية هى الجمعية الدولية للتحليل النفسى ، ويشرف على الدراسة فى هذه الجمعيات أعضاء عاملون فى هذه الجمعية الدولية . وكى يقبل الطالب فى هذه الدراسات يشترط أن يكون طبيبا . وجرت العادة على أن يستثنى من ذلك الشرط الحاصلون على شهادات جامعية فى علوم النفس والاجتماع إذا تبينت لجنة الاختيار فيهم امتيازا واستعدادا طيبا لهذا التخصص . ولا يقبل الطالب — طبيبا كان أو غير طبيب — إلا بعد أن يقابله على انفراد ولفترة طويلة كل عضو من أعضاء لجنة الاختيار . والغرض من هذه المقابلات أن يتفق الأعضاء على خلوه من الاتجاهات النفسية المرضية التى تجعل من العسير عليه فى المستقبل أن يقف من المرضى موقفا موضوعيا .

وبعد أن يجتاز الطالب مراحل الدراسة والتحليل الشخصى والتمرين العملى يصبح عضوا بجمعية التحليل النفسى فى الدولة التى درس فيها ، ويحتاج إلى أعوام وجهود تالية قبل أن يتاح له حق عضوية الجمعية الدولية للتحليل النفسى .

ومما لا شك فيه أن نسبة الأطباء بين المحللين النفسيين هى النسبة الغالبة ، بل إنها فى تزايد مستمر . والاتجاه الآن فى معظم البلاد هو إلى تقييد التحاق غير الأطباء فى معاهد التحليل حتى يصبح المحللون جميعا من الأطباء .

وثم حقيقة أخرى هى أن حركة التحليل النفسى تنطوى اليوم على اتجاهات متعددة . ونظرا لما تتطلبه عملية التحليل من وقت ومال وتجعل من العسير تطبيق هذه الطريقة العلاجية على نطاق واسع ، فقد نشأت محاولات عدة لاشتقاق طرق مختصرة من الطريقة الأصلية تحتفظ بالطابع الأصلى وتكون فى الوقت نفسه عملية ، أى يمكن استخدامها على نطاق أوسع وفى وقت أقصر . وتقابل هذه المحاولات صعوبات عدة كما تلقى اعتراض بعض أساتذة التحليل الذين يعتبرون أى تبسيط للطريقة المستفيضة خروجا بها عن طبيعة التحليل النفسى .

وعلى الرغم من أن مستشفيات الأمراض العقلية فى الغرب لا تخلو من طبيب للأمراض النفسية تخصص فى التحليل النفسى إلا أنها لا تخلو أحيانا من أطباء يعارضون هذه الطريقة فى العلاج ، وتبلغ المعارضة ببعضهم أحيانا حد السخرية اللاذعة من « فرويد » وأتباعه . بل إن بعض علماء النفس المختصين بسيكولوجية الأمراض النفسية (أى بعلم النفس الكينيكى) يعيبون أحيانا على مفاهيم التحليل النفسى أنها مفاهيم لم تحظ بعد بالتحقيق العلمى . وقد أخذ بعض هؤلاء العلماء على عاتقه هذه المهمة .

وعلى الرغم مما تنطوى عليه طريقة التحليل النفسى من عيوب ، وعلى الرغم مما تنطوى عليه الحجج المضادة لها وللنظريات المبنية عليها من وجاهة ، فلا يختلف اثنان فى أنها قد أثرت علمنا بالنفس الإنسانية ، وطورت الطب النفسى . وليس من السهل أن ينكر معالج نفسى معاد للتحليل النفسى بأنه يفيد من مكتشفات « فرويد » وأتباعه .

والحق أن أشد المعالجين النفسيين تحاملا على التحليل النفسى يفيد على نحو ما من مكتشفات التحليل النفسى فى ممارسته للعلاج النفسى . وهو لا يملك إلا أن يستخدم مصطلحات التحليل النفسى ، ولا يتورع حين يخلو إلى مرضاه عن تأويل أحلامهم وتصرفاتهم طبقا للمفاهيم التحليلية .

لم يعد لقاموس العلوم الإنسانية غنى عن مصطلحات التحليل النفسى ، بل إن هذه المصطلحات قد وجدت مكانها فى لغة الحياة اليومية . وأصبحت بعض مكتشفات حركة التحليل النفسى جزاء لا يتجزأ من علمنا بالحياة النفسية حال الصحة والمرض على حد سواء . ولا أعرف فى طرق العلاج النفسى طريقة بلغت فى تبلور اتجاهاتها ، وتحدد أهدافها ما بلغته طريقة التحليل النفسى . ولا أعرف طريقة من طرق العلاج النفسى حظيت بمثل ما حظيت به طريقة العلاج بالتحليل النفسى من تنظيم لممارستها وتعليمها . وفضلا عن كل هذا فكثير من الطرق النفسية فى العلاج يمكن ردها على نحو ما إلى طريقة التحليل النفسى .

وكى أكون موضوعيا إلى آخر الشوط أقرر أن بعض المحللين النفسيين يبلغ بهم

الحماس لنظريات « فرويد » حد التعصب لدين جديد . ولكن ذلك ليس عيب التحليل وإنما هو عيب المحلل . والمحللون النفسيون على الرغم من اجتيازهم مراحل الدراسة والمران العملى التى أشرنا إليها ، يتفاوتون من حيث الكفاية العملية . فكفاية المحلل تتوقف قبل كل شىء على تكوينه الشخصى ، وعلى كفاية الأستاذ الذى قام بتحليله نفسيا ، وأشرف على تدريبه العملى ، وتتوقف أخيرا على ظروف حياته التالية ، ومدى ما تتيحه له من خبرات كلينيكية وبحوث علمية .

كيف يزاول المحلل فن التحليل النفسى ؟

ليس كل لون من ألوان المرض النفسى قابلا للعلاج بطريقة التحليل النفسى ، لا بل إن بعض حالات الاضطراب العقلى يسوء حالها لو حاولنا تعريضها لتجربة التحليل النفسى . ذلك أن طريقة العلاج بالتحليل النفسى — كما أسلفنا — تهدف إلى تبصير المريض بالمستويات العميقة من حياته النفسية ، وليس كل مريض قادرا على مواجهة ما يكمن فى هذه المستويات من حقائق . من ذلك أن مريضا بجنون الشك والاضطهاد لا يلبث بعد جلسات قليلة من التحليل أن يصير خطرا يهدد حياة أهله أو حياة المعالج نفسه . وما ذلك إلا لأن شخصيته ليست من القوة والتماسك بحيث تصمد أمام الحقائق الرهيبة التى يكشف عنها التحليل العميق عادة . ومن ذلك أيضا أن مريضا بالاكتئاب السوداوى قد يستمر فى العلاج حتى يبلغ التحليل نقطة يستثار عندها شعوره بالذنب على نحو لا يستطيع احتماله فيقدم على الانتحار .

ليس التحليل النفسى إذن مجرد طريقة يطبقها المحلل على نحو أعمى فى علاج مريض يتقدم إليه . وإنما الخطوة الأولى فى عملية التحليل هى اكتشاف العلامات التى تدل على أن طالب العلاج يصلح للمرور بتجربة التحليل النفسى ، ويفيد حتما من هذه التجربة . والمحلل النفسى المؤهل تأهيلا أكاديميا وعمليا لمهمته يشعر بعظم المسئولية الملقاة على عاتقة ، ولا سيما فى الجلسات الأولى التى يتعين عليه فى خلالها أن يقرر صلاحية مريضه للعلاج بطريقته . والمحلل إن لم يكن طبيبا لا يتوانى لدى أدنى ارتياب من جانبه فى وجود علة جسمية فى المريض ، أن يحيله إلى طبيب مختص حتى يسير

العلاج الجسمى والنفسى جنبا إلى جنب . وإذا تبين بعض الأعراض التى تنبىء بوجود مرض نفسى يضار من التحليل ، سارع إلى تحويل مريضه إلى طبيب مختص فى الأمـراض النفسية (Psychiatrist) .

ويحرص المحلل فى مقابلاته الأولى مع طالب العلاج على أن يحصل منه ومن أقربائه الذين يأتون معه على تاريخه الشخصى، وتاريخ أعراضه المرضية. ويتفق مع المريض فى هذه الجلسات على أجر العلاج . ولمسألة الأجر أهمية فى حسن سير العلاج . بيان ذلك أن المريض لا يمكن أن يفيد من العلاج ما لم يكن مقدما عليه بجماع نفسه ، وما لم يكن مستعدا لتحمل الأعباء التى يفرضها العلاج عليه . لا بد أن يبذل المريض بعض الجهد ، ولا بد أن يقدم تضحية . فليس المقصود من العلاج النفسى تدليل المريض ، ولكن المقصود منه تعويده على أن يحيا فى مستوى واقعى ، فيبذل من جهده وماله إن أراد أن يأخذ .

وقد يبدو لبعض الناس أن تكاليف التحليل النفسى (أو العلاج النفسى على وجه العموم) باهظة وينسى هؤلاء أن جلسة التحليل الواحدة تدوم حوالى الساعة (فى العيادات الخاصة) ، ولا يمكن أن تقل عن نصف ساعة فى المستشفيات التى تستعين بخبرة الأخصائيين فى التحليل . وإذا عرفنا أن طبيب الأمراض الجسمية العادية يستطيع أن يفحص ما لا يقل عن ثلاثة أشخاص فى الفترة عينها التى لا يرى المعالج النفسى فيها أكثر من مريض واحد ، وإذا عرفنا أن المريض النفسى ينفق عادة مئات الجنيهات لدى شتى صنوف الأطباء دون جدوى وكان بوسعه توفير ذلك منذ البداية لو عرف حاجته إلى علاج نفسى ، وإذا عرفنا أن المحلل النفسى لا يصبح مؤهلا لفنه إلا بعد أعوام طويلة تتضاءل أمامها الفترة اللازمة لأى تخصص فى مجال الطب العادى ، إذا عرفنا كل هذا أدركنا أن أجر المحلل النفسى (بل وغيره من المشتغلين بأى فن من فنون الخدمة النفسية) إنما هو أجر معتدل حقا .

ومعروف أن المحلل النفسى يقابل مرضاه بمواعيد يحددها معهم سلفا ، ويتعين على كل منهم أن يلتزم بمواعيده حتى أن معظم المحللين يؤجرون على الجلسات التى تغيب المريض عنها بعذر أو بغير عذر . وذلك لأن غياب المريض معناه ضياع ساعة من وقت

المحلل الذى كان بوسعه أن يشغلها مع مريض آخر . ولذلك الالتزام كذلك مبرر سيكولوجى عميق : فالمريض على الرغم من رغبته الملحة فى الشفاء ، إلا أن نفسه تنطوى على بعض المقاومة ضد مواصلة عملية التحليل النفسى ، تلك العملية التى تجعله يواجه نفسه على حقيقتها ، وليس ذلك بالأمر الهين على أى إنسان ، بله المريض . وكثيرا ما يتذرع المريض بكافة المبررات للهروب من جلسات التحليل ، وليس من شأن المحلل أن يشجعه على هذه النزعة الهروبية .

التداعى الحر :

بعد أن يفرغ المحلل من تسجيل تاريخ المريض ، وتاريخ أعراضه المرضية ، وبعد أن يفرغ من الاتفاق مع المريض على الأمور الشكلية السالفة الذكر ، تبدأ جلسات التحليل . وفى هذه الجلسات يقوم المريض بما يعرف بعملية « التداعى الحر » (Free Association) ، وهى بمثابة قطب الرحى فى العلاج بالتحليل النفسى .

تتطلب عملية « التداعى الحر » أن يستلقى المريض على كنبة مريحة ، ويشجعه المحلل على أن يكون فى حالة استرخاء تام ، فيتجنب — ما وسعه ذلك — توتر عضلاته ، أو تركيز انتباهه فى أى شىء مثير ، اللهم إلا أن يكون سقف الحجرة . والمقصود من هذا مساعدة المريض على تحرير خواطره من أى قيد ، كى ترد إلى ذهنه منسابة وعلى نحو تلقائى . وعلى المريض أن ينطق فى صوت مسموع بكل ما يخطر بباله — إذ هو فى حالة الاسترخاء الجسمى والذهنى هذه — من أفكار ، وما ينتابه من مشاعر .

عليه أن يفعل ذلك دون أى محاولة لتوجيه تسلسل أفكاره وجهة بعينها ، أو لتحكيم المنطق فيها ، أو نقدها ، أو إخفائها . وكأن المطلوب من المريض هو أن يحلم فى يقظته ولكن بصوت مسموع .

وكى يوفر المحلل جميع الظروف المادية التى تيسر عملية التداعى الحر — يختار حجرة لا تبلغها الضوضاء أو الأصوات الخارجية ، حجرة تخلو من الأشياء المثيرة . ثم إنه يحرص على أن يجلس بعيدا عن بصر المريض ، ويلزم معظم الوقت موقفا سلبيا ،

فلا يتدخل بسؤال أو استفسار يحول تيار تفكير المريض عن وجهته التلقائية .

ويحدثنا أحد الذين مروا بتجربة التحليل النفسي[1] ، قائلا إن عملية التداعي الحر عملية صعبة حقا فى بادئ الأمر . فمن العسير أن يتحرر المرء من العادات والتقاليد والعرف وقواعد المنطق ، تلك التى يخضع لها فى حديثه إلى الناس منذ بدأ ينطبع على الحياة الاجتماعية . ولكن المرء سرعان ما يتدرب عليها ، وقد ينسى نفسه ومحلله ومكانه أحيانا إذ هو بسبيل متابعة خواطره ، ويستغرق فى حالة أشبه ما تكون بإغفاءة بين اليقظة والنوم . فإذا به يشهد أحداثا قديمة العهد ، ويستعيد ذكريات بعيدة . وإنه ليتخطى حواجز الزمن ، فيقفز بخياله بين حاضره وماضيه فى سرعة ، وينتقل من مكان إلى مكان وكأن الأبعاد المكانية قد تلاشت تماما .

ولكن المريض قد يفيق بين الفينة والفينة من إغفاءته هذه عند بلوغه خاطرا من الخواطر ، فيتعذر عليه بعد ذلك أن يواصل عملية التداعي الحر ، ويحس عسرا كبيرا فى الاستسلام مرة أخرى لأفكاره ، وكأن ذهنه قد أصبح صفحة بيضاء . أن « قوى خفية » — على حد تعبير المريض — تمنعه من مواصلة الكشف عن مكنونات نفسه .

والمحلل وحده يستطيع أن يتبين أن هذه « القوى الخفية » ليست إلا صراعات نفسية لا يحققها المريض ، لا بل ولا يريد أن يحققها . كيف وهى مصدر إيلام له ؟! إنها دوافع نحاها من حياته الشعورية ، وقضى بعزلها فى غيابة النسيان — وبتعبير فنى — « كبتها » فأصبحت لاشعورية . ومهمة المحلل فى مثل هذه الحالات أن ينبه المريض إلى ما يجرى فى نفسه من حيل دفاعية لاشعورية ، ويشجعه على المضى ، وربما فسر له بعض الدوافع التى تنطوى عليها الخواطر التى توقف عندها عن المضى فى عملية « التداعى الحر » .

على أن المريض إذ يذكر ما يرد إلى شعوره من خواطر وذكريات إنما يغفل طول الوقت . بل إنه قد يثب فجأة عند ورود ذكرى قديمة كان النسيان قد عفا عليها ، ويتملكه انفعال حاد ، وكأنه يحيا تلك الحادثة القديمة من جديد ، بكل ما تملكه إبانها

---

(1) John Knight, The Story of My Psychoanalysis. Pocket Books, Inc. New York, 1952.

من غيظ ، أو كمد ، أو شعور بالخسة ، أو بتبكيت الضمير . إن المريض أثناء التحليل ، وإن عانى جرعات من الألم إزاء ما ينكشف له من واقعه النفسى ، فهو يتخفف كذلك من آلام محتبسة . وهكذا نستطيع القول إن العلاج بالتحليل النفسى يتضمن عملية « تنفيس » (Catharasis) . وهذه العملية مصدر ارتياح كبير ، وعون على تقدم المريض نحو الصحة النفسية .

تأويل الأحلام :

بينا أن خواطر المريض التى ترد على نحو تلقائى هى المصدر الأساسى الذى يستمد المحلل منه العلم بالدلالات النفسية العميقة للأعراض المرضية . ولكن هنالك مصدرا آخر هو الأحلام . فقد أثبت « فرويد » أن الأحلام تعكس مختلف نواحى النشاط النفسى . قد يقول عنها الناس إنها « تخريف » . ولكن المحلل يجد فى هذا « التخريف » معانى واضحة الدلالة ، ويجد فى تأويلها للمريض وسيلة ناجعة لتبصيره بطبيعة دوافعه ، وبما تنطوى عليه أعراضه المرضية من حاجات طفلية ، وصراعات ، وعقد ، إلخ ...

على أن ذكر المريض لأحلامه لا ينفصل عن عملية « التداعى الحر » . فإذا تذكر المريض حلما فعليه أن يقص الحلم كاملا أول الأمر ، ثم يتناوله بعد ذلك مشهدا مشهدا ، ويدع خواطره تنساب حول كل مشهد منها أو حول كل شخص يرد فيها . وقد يكتشف المريض بنفسه فى سياق التداعى الحر أن مشاهد الحلم وما تشمله من أشخاص وأحداث ، رموز تشير إلى أشخاص وأحداث فى حياته الماضية والراهنة ، وقد يكتشف أن شخصا يتردد فى الحلم إنما يرمز إلى المحلل نفسه . إن المريض إذ يحلم إنما يحيا فى مستوى رمزى ، وهو يعكس فى هذا المستوى حاجاته الطفلية ، ومخاوفه ، ومشاعره العدوانية والجنسية نحو أشخاص بعينهم . والمحلل لا يستطيع أن يكتشف مدلولات الرموز التى يشملها الحلم إلا بتعاون مريضه معه فى تأويلها .

والمحلل يفيد من أحلام المريض شيئا آخر ، ذلك هو تبين الأطوار النفسية التى يمر بها المريض أثناء العلاج . فالمفروض أن العلاج يطور شخصية المريض بالتدريج ،

ولا بد لهذا التطور أن ينعكس فى أحلامه . وكما يتبين المحلل فى سياق الأحلام بوادر التحسن ، فهو يتبين فيها كذلك أحيانا نذر الانتكاس ، ومحاولات المقاومة ضد التطور .

ظاهرة التحويل :

أشرنا من قبل إلى أن المحلل النفسى يحاول — ما وسعه ذلك — أن يظل طوال جلسات التحليل صامتا . وإن عبقرية « فرويد » كما تجلت فى اكتشافه دلالة الأحلام اللاشعورية ، فقد تجلت كذلك وبنفس القوة فى اكتشافه ما ينطوى عليه صمت المحلل من قوة إيجابية فعالة فى عملية العلاج .

ولهذا الاكتشاف قصة[١] يرجع تاريخها إلى الأيام التى كان « فرويد » لا يزال يعتمد فيها على التنويم « المغناطيسى » لمساعدة المريض على تذكر الحوادث المنسية التى تكمن فيها الأصول الأولى للعقد النفسية . ففى ذات يوم عرض لفرويد حادث كان هو السبب فى عدوله نهائيا عن استخدام التنويم فى علاج مرضاه . كان يعالج مريضة شديدة الطاعة ، ووصل معها إلى نتيجة رائعة ، وكان عليه أن يشفيها بالبحث فى ماضيها — مستخدما التنويم — عن أصل نوبات الألم التى كانت تنتابها . وفى ذات مرة استيقظت من حالة النوم ، وطوقت عنقه بذراعيها .

ويعلق « فرويد » على هذه الحادثة بقوله : « إننى كنت متواضعا ، فلم أنسب هذا الحادث إلى ما لى من جاذبية شخصية لا تقاوم ، ولكننى شعرت أننى أدركت طبيعة العنصر الخفى الذى كان يعمل وراء التنويم ، وكان لا بد كى ينجح العلاج من استبعاد طريقة التنويم .. » لقد بينت هذه الحادثة أن العلاقة الإنسانية التى تنشأ بين الطبيب والمريض هى التى تجعل المريض يتذكر المنسى من الذكريات . وأن السر فى أن التنويم كان أحسن عون على تذكر ما يعجز المريض عن تذكره حال اليقظة من أحداث ماضيه يرجع إلى العلاقة التى كانت تنشأ بين الطبيب ومريضه ، علاقة الحب

---

(١) Freud, Autobiographical Study تمت ترجمة هذا الكتاب إلى العربية بعنوان « حياتى والتحليل النفسى » ، وقد قام بترجمته مصطفى زيور وعبد المنعم المليجى .

التى انفضحت فى حالة المريضة السالفة الذكر .

عقد فرويد العزم على أن يستغنى عن التنويم ، وأن يكتفى بأن يؤكد للمريض أنه لم ينس ، وأن يلح عليه أن يحاول أن يتذكر ، وأن يشجعه ، ويوحى إليه أنه يعرف كل شىء ، وبوسعه تذكره لو أراد . وأسفرت التجربة عن نجاح باهر . وفضلا عن ذلك فإن « فرويد » كان قد لاحظ أن تذكر المريض للحوادث القديمة (المسئولة عن الآلام النفسية الحاضرة) كان يعقبه ارتياح حقا ، ولكن الآلام كانت تعود مرة أخرى بمجرد انقطاع التنويم ، مما يدل على أن التنويم فى ذاته يؤدى إلى تنفيس مؤقت ، وليس إلى شفاء دائم .

بدأ « فرويد » يبحث دور العلاقة الإنسانية التى تنشأ أثناء التحليل بين الطبيب ومريضه فى عملية العلاج . وسرعان ما تبين أن المريض يتعرض أثناء العلاج لمختلف المشاعر حيال المحلل . فهو محب له أحيانا ، مبغض له أحيانا أخرى ؛ وهو حفى بلقائه أحيانا ، معرض عنه نافر منه أحيانا أخرى ؛ وهو راضخ له رضوخ الطفل لأمه تارة ، متمرد عليه تمرد المراهق على أبيه تارة أخرى .

وحيث إن المحلل صامت معظم الوقت ، موضوعى فى علاقته بمريضه ، ولم تكن له به صلة سابقة ، فلا يمكن أن يكون فى سلوك المحلل ذاته ما يبرر توجيه هذه المشاعر المتضاربة نحوه . لا بد إذن أن يكون المقصود بهذه المشاعر أشخاص آخرون غير المحلل ، أشخاص غائبون بشخوصهم فى الموقف التحليلى ، ولكنهم يجيئون ويروحون مع تداعى الخواطر فى خيال المريض ، وما المحلل إلا رمز يرمز إليهم ، ومن ثمة « تتحول » تجاهه المشاعر التى يكنها المريض فى واقع الحياة لهؤلاء الأشخاص الآخرين . وقد أطلق فرويد على هذه الظاهرة اسم « التحويل الوجدانى » (Transference)

ولقد أثبت « فرويد » بما لا يدع مجالا للشك ، وأيد اكتشافه أجيال من المحللين ومن المعالجين النفسيين على وجه العموم ، أن المريض إذ يتملكه انفعال ما نحو من يقوم بعلاجه ، إنما يحيا مرة أخرى تجربة انفعالية ــ أو فلنقل عاطفية ــ نحو شخص واقعى فى حياته الماضية . قد يكون هذا الشخص أباه أو أمه ، حبه الأول أو زوجته ، أخاه

أو أخته ، زميله فى الدراسة أو منافسه فى الجامعة ، وهكذا ... إن المعالج النفسى عرضة لأن يكون أى شخص فى « تخييل » المريض بغض النظر عن جنسه أو سنه . هو فى واقع الأمر فلان ، ولكنه فى مستوى التخييل يمكن أن يكون أى شخص . وهذا هو السر فى تتابع المشاعر المتضاربة لدى المريض نحو من يقوم بعلاجه .

وإن ظاهرة التحويل هذه ليست قاصرة على المواقف العلاجية ، بل تبدو فى حياتنا اليومية دون انقطاع . فنحن نحب ونبغض أشخاصا نقابلهم فى شتى دروب الحياة دون مبرر واقعى . إننا نحول نحوهم دون قصد شعورى إحساسات تملكتنا حيال أشخاص آخرين فى ماضى حياتنا . وإن علاقاتنا بغيرنا من الناس لتتأثر إلى حد كبير بعلاقاتنا القديمة ، ولا سيما الطفلية منها . غير أن المريض النفسى أكثر من غيره تأثرا بها . ويتضح من ذلك أن من أدل الأمور على الصحة النفسية (أو النضج الوجدانى) ، لهى قدرة الفرد على أن يميز فى علاقاته الإنسانية بين حقيقة الناس الواقعية وبين أفكاره الشخصية عنهم ، وبتعبير آخر ، قدرته على أن يستجيب للناس فى ذاتهم ، لا من حيث هم رموز تخييلية لأناس آخرين كانت له معهم تجارب انفعالية .

نستطيع الآن أن ندرك السر فى اهتمام المحلل النفسى بمظاهر « التحويل » العاطفى لدى مريضه . إن هذه المظاهر هى وسيلته فى الكشف عن أعمق تجارب المريض الانفعالية ، وعن أقدم علاقاته الإنسانية ، وعن أثر هذه العلاقات القديمة فى تشكيل علاقاته الحالية . وتبدو مظاهر التحويل سافرة أحيانا أثناء جلسة التحليل . مثال ذلك أن المريض — إذ هو بصدد إيراد خواطره الحرة — قد يعرب عن ضيقه بالمحلل ، أو بغضه ، أو احتقاره له وقد يعرب له أحيانا عن تشككه فى قيمة العلاج . وقد يقص حلما رآه فى الليلة السابقة ، حلما كان المحلل أحد أبطاله .

وقد لا تظهر مشاعر المريض نحو المحلل سافرة هكذا ، وإنما يستطيع المحلل أن يكشف النقاب عنها فى سلوك المريض ، كما فى نسيانه موعد الجلسة (دليل إعراض عن مقابلة المحلل) ، أو فى خطأ (غير مقصود !) يفلت من لسان المريض إذ يتابع سلسلة خواطره ، خطأ ينطوى على رغبة عدوانية ضد المحلل ، أو يفضح اشتهاء جنسيا له . وأحلام المريض عادة عامرة بالأشخاص الذين يرمزون إلى



يحاول الانتحار

هرب هذا المريض ، نزيل إحدى مستشفيات الأمراض العقلية بأمريكا ، إلى سطح المستشفى وأخذ يهدد بالقاء نفسه . ولكن عين المشرفين الساهرة لم تكن غافلة ، فلحقوا به قبل أن يقدم على فعلته .

إن رعاية نزلاء مستشفيات المرض العقلى مهمة عسيرة حقا . فمن النزلاء من يحتاج وحده لأكثر من واحد يشرف عليه . ذلك إن كان يعنينا أن نحميه من قتل نفسه ، أو من اغتيال أحد زملائه المرضى له .

ولحسن الحظ أن « فن العلاج بالعمل » كفيل بتحرير أمثال هذا المريض من أخيلته الانتحارية ، وباستغلال طاقاته فى عمل بنائى مفيد

شخصية المحلل ، وبتأويل المحلل (متعاونا مع المريض) لهذه الأحلام تنكشف صلة أبطال الحلم بشخصية المحلل .

وسرعان ما يتبين المريض حيدة المحلل ، وموضوعيته ، وتنزهه عن التورط فى علاقة عاطفية معه . فهو لا يرد عدوانا ، ولا يلوم على ذنب ، ولا يستجيب لغواية ، ولا يصدر أحكاما . وإذا المريض لأول مرة فى حياته بإزاء إنسان يتقبله كما هو ، ويحاول أن يفهمه . هذا الموقف من جانب المحلل أكبر عون للمريض على أن يتخلص من القلق ، ومشاعر الذنب ، والأحكام الطفلية على سلوكه . إنه بفضل ذلك الموقف ، يتعود النظر إلى دوافعه نظرة أكثر موضوعية وتسامحا عن ذى قبل .

ثم إن المحلل بتناوله حالات التحويل الوجدانى التى أشرنا إليها ، إنما يبصر المريض بالعوامل الحقيقية المسئولة عن سوء توافقه الاجتماعى ، ويوقفه على طبيعة مشكلاته الشخصية ، ويكشف له عن مميزات شخصيته وأسلوبه فى الحياة . إنه يعينه على أن يرى إمكانياته على حقيقتها ، فتزداد من ثمة قدرته على استغلال هذه الإمكانيات ، والتحكم فى كل طاقته النفسية بعد أن كانت مبددة بسبب الكبت ومختلف أساليب الهروب من الواقع .

أخصائى العلاج بالعمل

لاجدال فى أن قيام المرء بعمل — أيا كان مستوى ذلك العمل — شرط جوهرى لا تتحقق له بدونه سعادة أو صحة نفسية . فإذا أقعد المرض فردا عن عمله العادى تعين علينا أن نجد له عملا يتناسب وحالته المرضية . ولا بد أن يتيح له ذلك العمل الجديد اكتساب مهارات تعيد له الثقة فى نفسه ، وتهدئ من توتره الانفعالى ، وتشغل فراغ حياته بنشاط بنائى وإبداعى . ولا شك أن مزاولة المريض بمرض نفسى أو اختلال عقلى لنشاط من هذا القبيل لينطوى على قيمة علاجية كبرى . لا بل إن اقبال المرضى فى مستشفى أو عيادة نفسية على الأعمال التى توكل إليهم يجنب المسئولين كثيرا من المتاعب التى تنجم عن الفراغ ، والأخطار التى يتعرض لها المرضى فيما بينهم نتيجة الملل والضيق بالحياة الرتيبة الخاملة .

وقد أصبح تشغيل المرضى النفسيين فنا من فنون العلاج النفسى قائما بذاته ، ويدعى « فن العلاج بالعمل » (Occupational Therapy) . ويزاول هذا الفن اخصائيون (Occupational Therapists) يعدون إعدادا خاصا . فهم يدرسون ثلاثة أعوام أو أربعة بعد مستوى الدراسة الثانوية . ويشمل برنامج الدراسة التدرب على عدد كبير من الحرف والأشغال اليدوية والفنون الجميلة التى تصلح لمختلف المستويات العقلية ، وتلائم مختلف القدرات الجسمية . ويقصد بهذا التنوع أن يصبح الأخصائى فى المستقبل قادرا على أن يشغل أى مريض مهما كان حظه من الذكاء ، ومهما كانت درجة اختلاله العقلى أو عجزه الجسمانى ، ومهما كان إعراضه عن بذل الجهد . وهكذا يكون فى جعبة الأخصائى عمل يلائم كل صنف من المرضى . ويشمل برنامج الدراسة — فضلا عن ذلك — تدريبا عمليا على التعامل مع مختلف حالات الشذوذ والمرض العقلى .

ويهدف العلاج بالعمل إلى أن يوفر للمريض اهتمامات موضوعية تشغله ، ولو بعض الوقت ، عن أخيلته الهدامة .. أو هذاءاته المزعجة .. أو ذكرياته المفجعة .. ويتيح له فرصة بذل الجهد وتركيز الإنتباه فى نشاط بنائى خارجى ، ويساعده — من ثمة — على التحرر شيئا فشيئا من السلبية والنزعة الهروبية . ويهدف هذا الفن العلاجى كذلك إلى أن يوفر للمريض الفرصة كى يكتشف بنفسه أنه لم يفقد بعد القدرة على الاضطلاع بأعمال مفيدة ، أو على اكتساب مهارات جديدة . وذلك لعمرى خير وسيلة لرفع روح المريض المعنوية .

وللعلاج بالعمل حكمة أخرى لا تقل أهمية عما سلف . فهى تبعد المريض — بضع ساعات كل يوم — عن جو المرض الذى يسود « عنابر » المستشفى وقاعات العلاج الطبى ، وتحرره — بعض الوقت — من إشراف الممرضين والأطباء ، وتهىء له بيئة واقعية يسودها النشاط والعمل . فهذا النفر من المرضى منهمكون فى سجادة ينسجونها ، وتلك المجموعة مقبلة على حديقة يزرعونها ، وهذا المريض مكب وحده فى صمت وهدوء على لوحة زيتية يرسمها ، وهنالك فى ركن من حجرة العمل اثنان يتجاذبان أطراف الحديث ويتبادلان النكات إذ كل منهما يصنع قفصا من الخوص ،



الخطر الأصفر

رسم هذه اللوحة مريض فى إحدى مستشفيات الأمراض العقلية الحديثة فى « ريــودى جانييرو » جاء فى تشخيصه أنه سيكوباثى مدمن على الخمر . لم يسبق له مزاولة الرسم قبل دخوله المستشفى . وقد لوحظ أن رغبته فى الشراب أخذت تقل منذ تقدمه فى الإنتاج الفنى . ويعكس المريض فى هذه اللوحة مشاعره نحو العنصر الأصفر ، ويبدو أنه أحال الفم إلى عضو تناسلى يتكاثر عن طريقه أفراد ذلك « الخطر الأصفر » . وبوسع المحلل النفسى أن يفيد من أمثال هذه الصور — كما يفيد من الأحلام — فى الكشف عن الأعماق اللاشعورية للرسام . أما المريض فيجد فى التعبير الفنى تنفيسا عن كثير من عقده التى تثقل نفسه .



المرأة والموسيقى

من رسم مريض عمره أربعون سنة . دخل المستشفى سنة ١٩٤٦ . التشخيص : شيزوفرينيا من النوع البسيط . لم يزاول فن الرسم فيما عدا دروس الرسم العادية فى المدارس . تمتاز لوحاته باتجاه تأثيرى ممتزج بنزعة رمزية .

منذ شرع يرسم أصبح أكثر توافقاً مع بيئة المستشفى ، وذلك على الرغم من أن تفكيره ظل على تحرره من قواعد المنطق وأحكام الواقع .

بينما فى ركن قصى مريض لا يكاد يحس بوجود أحد حوله ، إذ هو عاكف على تمثال يسوسه . فى مثل هذا الجو يجد كل مريض تغييرا وترويحا .

وإن إقبال المريض على هذا العمل أو ذاك من الأعمال التى يشجعه أخصائى العلاج بالعمل على تأديته ليساعده على التحرر من ضغط انفعالاته الحادة ، وكثير من آلامه النفسية . وبذلك يقوم العلاج بالعمل مقام الأدوية المسكنة ولكن بصورة أكثر إيجابية ، إذ يمكن المريض من توجيه طاقته الجسمية والوجدانية وجهة بنائية واقعية .

إن العلاج بالعمل ليس مجرد وسيلة للتسلية وتمضية الوقت ، إنما هو علاج إيجابى يستند إلى مبررات سيكولوجية عميقة . فالسوداوى الذى لا تفتأ هواجس الانتحار تراوده ، والذى لا عمل له إلا اجترار أحزانه ، هذا السوداوى إن أتيح له أن يؤدى عملا يدويا فربما شغله هذا العمل بعض الوقت عن أحزانه ، وأبعد عن ذهنه خواطر الانتحار . وكلما اندمج فى عمله البنائى كلما استقر فى نفسه أنه لا يزال قادرا على عمل شيء له قيمة . وبذلك تعود إليه بالتدريج ثقته فى نفسه ، ورغبته فى الشفاء . والمصاب بجنون الفصام ، ذلك الذى انقطعت صلته بالواقع و لم يعد له نشاط غير التخييل والهذاء ، إن شخصا هذه حاله يتيح له العلاج بالعمل أن يعبر عن مشاعره الغامضة وصراعاته الكامنة فى لوحة زيتية يرسمها . إن هذا الإنتاج الفنى سيكون بمثابة القطب المغناطيسى الذى يجتذب إليه الخواطر الموزعة ، والطاقة الوجدانية المبددة . إن الفصامى إذ يعكف على إنتاجه الفنى إنما يتدرب فى الوقت نفسه على التحكم الإرادى فى تخييلاته ، وعلى صوغها فى صورة محسوسة . وبذلك يحق لنا أن نقول إن العلاج بالعمل يساعد الفصامى على العودة إلى عالم الواقع .

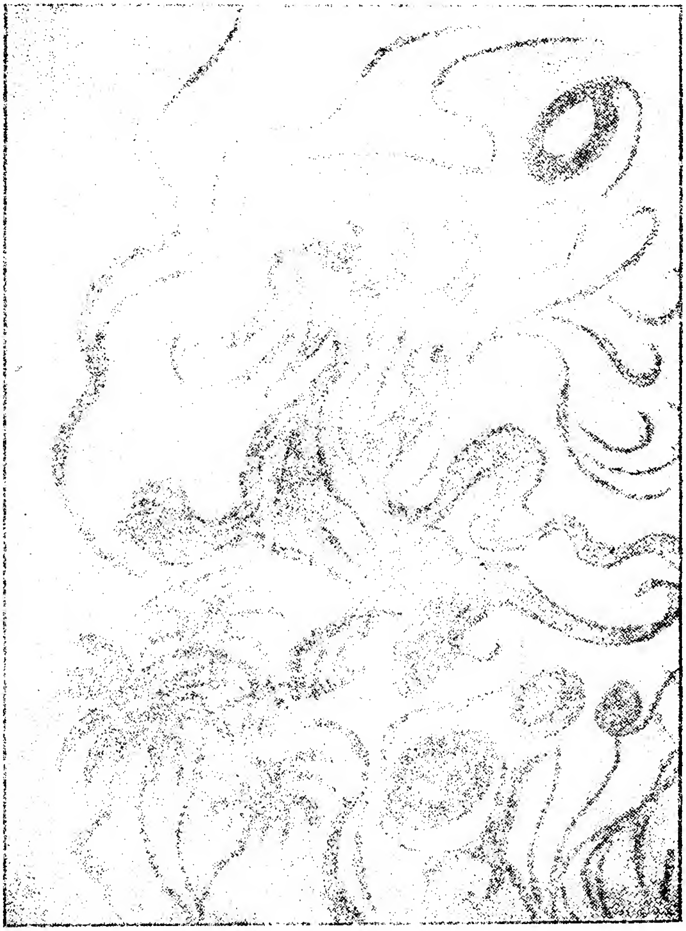
وإنا لنجد مرضى فقدوا كل صلة بالواقع، وأصبحوا يعيشون فى ذهول دائم دون أدنى قدرة على بذل جهد أو تركيز انتباه فى أى شيء يجرى حولهم . ولكن لو أتحنا لهؤلاء المرضى أن يجلسوا فى قاعة العمل حيث جموع المرضى الآخرين كل مقبل على عمل يزاوله ، وكأن القاعة خلية نحل عامرة بالحركة والنشاط ، فقد لا تمضى أسابيع حتى يزايل هؤلاء المرضى ذهولهم ، ويبدو عليهم — من حين إلى آخر — الاهتمام بما يجرى حولهم من أمور . ثم إن هى إلا أسابيع أخرى حتى يكتسب بعض هؤلاء القدرة على



الإنتاج الفنى يعكس فى وضوح الأطوار التى يمر بها المريض الرسام . واللوحة المنشورة فوق هذا الكلام واللوحات الثلاث التالية رسمها فرنسى مصاب بالمرض العقلى المعروف باسم « الهوس والاكتئاب » والمصاب بهذا المرض تتعاقب عليه أطوار انفعالية متباينة . وقد رسم اللوحة المنشورة فوق هذا الكلام فى طور الهوس الذى يتميز بالهياج ، والنشاط الحركى الزائد ، فضلا عن الانشراح الظاهرى ، والعنف فى التعبير .



رسم المريض نفسه هذه المرة إذ هو في طور الشفاء ويصعب في هذا الطور أن نتبين في سلوك المريض أي شيء ينبئ عن الشذوذ أو الاضطراب .



وقد رسم هذه اللوحة كذلك فى طور الهدوء .



أما هذه اللوحة فقد رسمها إذ هو فى طور الاكتئاب . والمريض فى هذا الطور سوداوى المزاج ، حزين غاية الحزن ، معرض عن الكلام ، منزو عن الناس ، وكأنه فى حداد .

متابعة حركات هذا الفرد أو ذاك من العاملين . وهكذا قد ينجح أخصائى العلاج بالعمل حيث يخفق الأطباء والمعالجون النفسيون على اختلاف طرائفهم فى العلاج .

ويستطيع أخصائى العلاج بالعمل أن يدرس من خلال عمل المريض الأطوار التى يمر بها ، فيفيدنا ذلك فى تبين جوانب من شخصية المريض تخفى على الطبيب النفسى ، كما يفيدنا فى قياس تحسن حالته أو مدى استجابته للعلاج . وقد لمس مؤلف هذا الكتاب الأهمية الكبرى التى تعلقها دوائر الطب النفسى على أخصائى العلاج بالعمل إبان دراسته بمستشفى مودزلى للأمراض العقلية بلندن . ففى الحالات الميئوس من علاجها بالطرق الجسمية والنفسية المعروفة ، والتى يتقرر إجراء جراحة فى المخ عليها كان الاعتماد الأكبر فى تقدير مدى نجاح الجراحة يقع على عاتق أخصائى العلاج بالعمل ، ولا سيما فى الحالات غير الصالحة لإجراء اختبارات سيكولوجية قبل الجراحة وبعدها .

إن الحاجة إلى « أخصائى العلاج بالعمل » فى مستشفيات الأمراض العقلية ، والعيادات النفسية ، ومعاهد الشواذ ، ومؤسسات ضعاف العقول ، لا تقل بحال عن الحاجة إلى الأخصائى النفسى أو إلى الطبيب النفسى :

*** إن العلاج بالعمل قد يكون الوسيلة العلاجية الوحيدة فى حالات كثيرة لا يصلح فى علاجها أى وسيلة أخرى .**

*** إن العلاج بالعمل إجراء ضرورى فى أية خطة علاجية ، وعامل مدعم لجميع أنواع العلاج الأخرى ، النفسية والجسمية على حد سواء .**

*** إن العمل بناء على خطة مرسومة ، فضلا عن كونه ضرورة علاجية ، فهو أداة تشخيصية ، ووسيلة رائعة للتنبؤ بالشفاء من المرض النفسى .**

الأخصائى الاجتماعى النفسى

كثيرا ما يتطلب علاج المريض من مرضه النفسى اتخاذ إجراءات معينة تهدف إلى إصلاح ظروفه البيئية ، ظروف أسرته أو ظروف عمله فى المجتمع . قد تكون بيئته المنزلية من الارتباك والتعقيد بحيث تهدد المريض إذا عاد إليها وهى على حالها

هذه بالانتكاس ، والعودة من ثمة إلى مستشفى الأمراض العقلية . وقد يستدعى الأمر أن نجد للمريض عملا لدى أناس يقدرون علته ، ولا يحملونه فوق طاقته حتى تكتب له السلامة التامة . أو قد تكون أسرة المريض فى حاجة إلى الإرشاد المستمر من جانب المسئولين عن الصحة النفسية العامة ، حتى لا تقع فيما فيه أسر المرضى عادة من أخطاء جسيمة عن حسن نية .

فى جميع هذه الحالات تمس الحاجة إلى « سفير » يمثل السلطات العلاجية فى بيئة المريض الاجتماعية ، وعليه يقع عبء اتخاذ ما يلزم من إجراءات اجتماعية بدونها لا يتحقق شفاء تام للمريض . هذا « السفير » هو « الأخصائى الاجتماعى النفسى » (The Psychiatric Social Worker) .

إن الخدمة الاجتماعية فى ميدان الصحة النفسية لا يقوم بها أخصائى اجتماعى عادى (Social Worker) ، بل أخصائى اجتماعى أضاف إلى دراسة الخدمة الاجتماعية دراسة عليا نظرية وعملية بعد الحصول على دبلوم الخدمة الاجتماعية . وتتضمن دراسة مختلف ألوان المرض النفسى مع اهتمام خاص بالظروف والعوامل البيئية التى تساهم فى خلق مشكلة المرض النفسى كمشكلة فردية واجتماعية . وتتضمن فضلا عن ذلك تمرينا عمليا على التعامل مع أسر المرضى ، وتشخيص نواحى الفساد فى العلاقات الاجتماعية فى داخل هذه الأسر ، وملاحظة مظاهر انعدام التوافق الاجتماعى فى حياة المريض ، سواء فى أسرته ، أو عمله ، وفى علاقاته الاجتماعية بوجه عام .

ويؤسفنا أن محاولات كثيرة جادة قد قامت فى مصر من أجل تكوين معهد لتخريج هذه الفئة من الأخصائيين ، وكتب الفشل لجميع هذه المحاولات . وآخرها محاولة من جانب معهد الخدمة الاجتماعية العالى للفتيات بالقاهرة بمعاونة نفر من المعنيين بالصحة النفسية فى مصر وكلهم من كبار أطباء الأمراض النفسية والأخصائيين النفسيين الذين لمسوا جسامة المهمة التى تلقى على الأخصائى الاجتماعى ، ولمسوا شدة حاجتنا إليه فى العلاج وفى الوقاية معا . اجتمع هؤلاء مع ممثلين من المعهد بموافقة وزارة التربية والتعليم ، بل وبدعوة منها . أنفقوا أشهرا عدة فى تأليف لجان فرعية ، وفى وضع برامج الدراسة ونظام العمل ، وخطة

التدريب العملى . ثم وضعوا الشروط الواجب توفرها فى الطالب كى يلتحق بهذه الدراسة العليا ، وقاموا فعلا باختبار المتقدمين وأعدوا كشوفا بأسماء المقبولين . وكان ذلك آخر عهدنا بتلك المحاولة ولا يزال كاتب هذه السطور وهو أحد من اشتركوا فى هذه المحاولة يتساءل عن السر فى عدول وزارة التربية والتعليم عن تنفيذ المشروع ؟!

إن المرض النفسى ، أو الاضطراب السلوكى ، هو فى جوهره ولا سيما لدى الأطفال فساد أصاب علاقات الفرد الاجتماعية . وعلى ذلك فلا بد إن أردنا الشفاء للفرد من إصلاح هذه العلاقات . بل إنه فى حالة الأطفال المضطربين كثيرا ما يكون إصلاح البين فى أسرته هو كل ما نحتاج إليه فى القضاء على الاضطراب . وقد يتعذر إصلاح البين لقسوة شاذة لدى الأب مثلا ، فيستدعى الأمر تقديمه للمحاكمة ؛ أو لإدمان الوالدين على الخمر ، فيتطلب الأمر عزل طفلهما فى بيت من بيوت الحضانة ؛ أو لوفاة الأم وغيبة الأب سعيا وراء الرزق ، فيتطلب علاج الطفل إلحاقه بملجأ أو مدرسة داخلية . وهنالك غير ذلك عديد من الظروف البيئية التى لا حصر لتنوعها وتعقدها ، ويتطلب تغييرها خبرة أخصائى اجتماعى أُهّل نظريا وعمليا لتقديم الخدمات الاجتماعية الضرورية لإصلاح اعوجاج السلوك أو اضطراب الانفعال لدى الطفل .

وإذا كان الطب النفسى للأطفال لا يستغنى عن خدمات الأخصائى الاجتماعى النفسى ، فإن الطب النفسى للكبار الراشدين لا يستغنى عنه كذلك . وفى الحالتين نجد أن العلاج ليس مهمة فرد واحد هو الطبيب النفسى ، بل هو مهمة فريق من الأخصائيين ، وسفير هذا الفريق فى المجال الاجتماعى هو الأخصائى الاجتماعى النفسى . فليست خدماته قاصرة على كتابة التقارير عن تاريخ حياة المريض ، وتطور مرضه ، والمظاهر الاجتماعية لعجزه عن التوافق الاجتماعى ، واستجابات المحيطين به لاضطرابه أو عجزه أو شذوذه . ليست خدماته قاصرة على هذا ، بل تتضمن جانبا علاجيا نفسيا يتمثل فى تنفيذ الإجراءات الاجتماعية التى يسفر بحث حالة المريض عن ضرورة اتخاذها ، والذى يضع خطتها الفريق الذى يتعاون أفراده معا على علاج المريض .

الخبير النفسي الكلينيكي

أسفر التقدم فى البحوث النفسية ، فى ميدان الصحة والمرض النفسى على السواء ، عن حقيقة على جانب عظيم من الأهمية . تلك هى أن الفاصل بين الصحة النفسية وبين الشذوذ أو المرض النفسى ليس فاصلا حقيقيا . إن المجتمع يدمغ إنسانا بالجنون حالما يجد سلوكه قد خرج عن المعايير التى ألفها ، ويهيأ للناس أن الجنون ينقل الفرد من عالم إلى عالم آخر لا تربطه به وشيجة ولا تجمعه به صلة . ويسود الاعتقاد أن المرضى النفسيين فئة مختلفة اختلافا كيفيا عن فئة الأصحاء . لا بل يسود الاعتقاد أن الشخص « إذا أصابه مس ! » صار إنسانا مختلفا تمام الاختلاف عن حاله قبل أن « يصبح مجذوبا » .

ولكن الحقيقة العلمية لا تعترف بهذه الفواصل . فالمرضى النفسيون مهما كانت درجة الخلل فى عقولهم ، ومهما كانت حدة الاضطراب فى شعورهم ، أناس لا يزالون يفكرون ، ويحلمون ، ويذكرون ، ويتعلمون ، وينفعلون . ولا تزال تصرفاتهم تكشف عن قدرات عقلية لعل المرض عطلها بعض الشيء ولكنها موجودة على كل حال . ولا يزال لكل مريض شخصيته ، وإن كانت سماتها المختلفة قد تضخمت بعض الشيء أو انطمست بعض معالمها ، غير أنها لا تزال متصلة بماضيها .

إذا كانَ الأمر كذلك فإن انتقال الشخص من حال الصحة إلى حال المرض لا يعنى أن قوانين الحياة النفسية العادية لم تعد صالحة لتفسير سلوكة . بل على العكس من ذلك أن حاجتنا إلى معرفة النشاط العقلى ، وخصائص الاستجابات الانفعالية ، وسمات الشخصية لدى المريض أمر على جانب كبير من الأهمية للطبيب النفسى . فليس يكفى أن يعرف الطبيب النفسى أعراض المرض ، بل لا غنى له عن معرفة شخصية مريضه بكل ما تنطوى عليه من قدرات ، واتجاهات اجتماعية ، واهتمامات فكرية ، ومواهب ، وأنماط سلوكية ، وسمات شخصية إلخ .. وفحص هذه الأمور

جميعا تتطلب حتما فضلا عن التخصص السيكولوجى المعروف خبرة بسيكولوجية المرض النفسى .

من هنا ظهرت الحاجة إلى سيكولوجى يطبق علمه فى ميدان الشذوذ والمرض النفسى ، هذا السيكولوجى هو الأخصائى النفسى الكلينيكى (The Clinical Psychologist) . إنه ليس طبيبا للأمراض النفسية ، ولا يعنيه اكتشاف أعراض الأمراض . أنما هو أخصائى نفسى يعنيه أن يصف كيف يعمل عقل المريض ، مبينا نواحى الخلل فى هذه العملية أو تلك من العمليات العقلية ، ومقدرا مختلف إمكانياته ، ومحددا مدى تأثير المرض على هذه الإمكانيات .

أن الأخصائى النفسى الكلينيكى بالنسبة لطبيب الأمراض النفسية كعالم الفسيولوجيا ، أو طبيب الأشعة ، أو طبيب الأعصاب بالنسبة للطبيب العادى الذى لا بد له إن أراد التوفيق فى تشخيص المرض (ومن ثمة فى علاجه) أن يقف من الفسيولوجى على حالة الوظائف العضوية المختلفة ، ومن طبيب الأشعة عما أصاب المريض من خلل فى داخل الجسم ، ومن طبيب الأعصاب عن حالة الجهاز العصبى . وكذلك الحال بالنسبة لطبيب الأمراض النفسية ، فهو فضلا عن حاجته إلى الأخصائيين السالفى الذكر ، فهو كذلك فى حاجة إلى استشارة الأخصائى النفسى الكلينيكى .

إن ظهور مهنة الأخصائى النفسى الكلينيكى مظهر من مظاهر التقدم فى الطب النفسى . ذلك أن المريض لم يعد مجموعة من الأعراض المرضية ، بل هو قبل كل شىء « إنسان » له شخصيته ، وأسلوبه فى التعامل الاجتماعى ، وقدراته. له ماضيه ، وثقافته ، وأسلوبه فى التفكير . ولا بد من تقدير هذه جميعا تقديرا موضوعيا عن طريق الاختبارات السيكولوجية التى يجيد الأخصائى النفسى الكلينيكى تطبيقها على مختلف الحالات المرضية .

تكوين الأخصائى الكلينيكى :

لا بد أولا كغيره من الأخصائيين النفسيين أن يحصل على شهادة جامعية فى علم

النفس . ثم ينتظم فى دراسة نظرية عملية ، فيدرس الاضطراب العقلى والخلقى وعلاقتهما بالوظائف العقلية المختلفة ، ويتمرن على تطبيق الاختبارات السيكولوجية وتأويلها وكتابة تقارير الفحص السيكولوجى فضلا عن التقارير التوجيهية . ولا بد له فضلا عن هذه الدراسة من تمرين عملى فى أحد مستشفيات الأمراض العقلية ، أو العيادات النفسية .

لو اجتاز الأخصائى النفسى هذه الدراسة أصبح أهلا كى يعين أخصائيا كلينيكيا فى الميادين الآتية :

العيادات النفسية الخارجية الملحقة بالمستشفيات العامة .

مستشفيات الأمراض العقلية .

وحدات الأمراض العصابية (الاضطرابات النفسية من غير حالات الخلل العقلى أو الجنون .)

معاهد ضعاف العقول .

مستشفيات الأمراض العصبية ، أو وحدات الأمراض العصبية الملحقة بالمستشفيات العامة .

معاهد التأهيل المهنى .

السجون .

ويجوز أن يعفى الأخصائى النفسى من الدراسة المنتظمة ويعمل فى أحد الميادين السالفة الذكر كمساعد أخصائى نفسى كلينيكى ، ولا بد له من العمل تحت إشراف الأخصائى المسئول فترة ضعف فترة الدراسة قبل أن يصبح أهلا للترقية من وظيفة مساعد أخصائى إلى وظيفة أخصائى . وذلك يبين أن المعول الأول هو على التدريب العملى ، والتجربة الشخصية .

ويهتم الإنجليز بإعداد هذه الفئة من الأخصائيين فى محيط مستشفيات الأمراض العقلية نفسها جنبا إلى جنب مع زملائهم أطباء الأمراض النفسية . وأنشىء لهذا الغرض فى مستشفى مودزلى للأمراض النفسية معهد تابع لجامعة لندن ، هو معهد الطب النفسى ، ومهمة هذا المعهد تنفيذ برامج طويلة الأجل من البحوث فى طب

الأمراض النفسية وسيكولوجيتها . ويدرس فى هذا المعهد أخصائيون نفسيون وأطباء نفسيون ، كل يتخصص فى ميدانه مع الإحاطة بتخصص زميله . وبذلك يحقق المعهد أول أهدافه ، ألا وهو ضمان لغة تفاهم مشتركة بين الفئتين من الأخصائيين عند ما يعملون معا فى المستقبل .

والأخصائيون النفسيون فى هذا المعهد فريقان : فريق مهمته تصميم الاختبارات وإجراء البحوث السيكولوجية من أجل زيادة علمنا بالخصائص النفسية لكل فئة من فئات المرض النفسى ، فضلا عن اكتشاف أثر كل لون من ألوان العلاج فى شخصية المريض . وفئة أخرى مهمتها الرئيسية الفحص السيكولوجى للمرضى ، وقيامها بالبحوث يأتى فى المرتبة الثانية .

ومدير هذا المعهد أخصائى نفسى كلينيكى وهو الدكتور هانز آيزنك (Hans Eysenck) . ويتبين القارئ مدى حداثة هذا الفرع من فروع التخصص النفسى إذا عرف أن مدير هذا المعهد هو أول من شغل كرسى الأستاذية فى علم النفس الكلينيكى فى جامعة لندن . وكان ذلك فى سنة ١٩٥٤ . وهو الكرسى الوحيد فى إنجلترا كلها .

وما شغل هذا الكرسى إلا بعد أن أتم برنامجا من البحوث طوال الحرب العالمية الثانية وبضع سنوات بعدها . وكان الغرض من هذه البحوث تصميم مجموعة من الاختبارات التى تتنبأ ببدايات المرض العقلى لدى الأسوياء من الناس . فكأن الأخصائى النفسى الكلينيكى ذو أهمية وقائية . إن دراسته لقوانين الحياة النفسية العادية ، وظواهر الاضطراب النفسى ، لا تعينه على اكتشاف شذوذ المرضى فحسب ، ولكن تعينه كذلك على اكتشاف بذور المرض فى الأصحاء . ويلح هذا الأستاذ على أن الأخصائى النفسى الكلينيكى ينبغى ألا يتورط فى مهمة العلاج النفسى . بل يجب أن يحتفظ بمركزه كعالم مهمته الفحص السيكولوجى الموضوعى باستخدام اختبارات مقننة ، الفحص من أجل التنبؤ بالمرض والتنبؤ بالشفاء كذلك . ينبغى عدم تورطه فى مهمة العلاج حتى تتاح له مهمة تقييم العلاج أى بيان مدى تأثيره فى المريض .

ولا يتفق معه الأخصائيون فى الولايات المتحدة ، فهم يفرضون على الأخصائى الكلينيكى — فضلا عن مهمة الفحص السيكولوجى — مهمة العلاج النفسى فى كثير من الأحيان .

الخبير النفسي أمام المحكمة

كان لتقدم الطب النفسى وعلم الظواهر النفسية المرضية أثر عميق فى تطور نظرة القانون للجريمة . فالشخص الذى صدر عنه فعل إجرامى لا يعتبر مذنبا فى نظر القانون « إن ثبت عتهه وقت ارتكاب الجريمة » ، أى إن ثبتت عدم مسئوليته . ولا يمكن تطبيق هذا المبدأ ما لم نقف على طبيعة الوظائف العقلية للمتهم ، من تذكر للأحداث أو نسيان لها ، من شعور بالعالم الخارجى شعورا واقعيا أو الخضوع إلى أفكار متسلطة وهذاءات متحكمة ، من تقدير لمعنى الأفعال التى تصدر عنه أو عدم تقدير لذلك المعنى . من انتواء لها قبل إتيانها أو اندفاع قهرى إليها عن غير تدبر سابق ولا قدرة على منعها أو تقدير لعواقبها .

العدالة إذن فى حاجة إلى شهادة خبير نفسى كى تستنير بها فى تحديد مسئولية المتهم عن الجرائم المنسوبة إليه . والخبير النفسى هو عادة طبيب الأمراض النفسية الذى تتاح له فرصة مراقبة المتهم فى مستشفى أمراض عقلية فترة كافية من الزمن ، وهو بطبيعة الحال يفيد فى كتابة تقريره النهائى عن حالة المتهم من مختلف المصادر ومن أهم هذه المصادر الفحص السيكولوجى الذى يقوم به الأخصائى النفسى الكلينيكى إن كان هذا الأخصائى موجودا .

وإن مهمة الخبير النفسى أمام المحكمة لمهمة عسيرة حقا . فالمحامى اليوم يحلو له أن يرجع جرائم عملائه إلى اختلال عقلى ويستند فى ذلك عادة إلى أن جرائم مماثلة ارتكبها أناس ثبتت عدم مسئوليتهم . وهنا نقطة خلاف تقليدية بين المحامى والطبيب النفسى .

يعلم الطبيب النفسى مثلا أن مريضا بالشيزوفرينيا (الفصام أو انقسام الشخصية على حد تعبير غير المتخصصين) قد يغتال بغتة شخصا لم تسبق له معرفته ، بل و لم يقع عليه نظره قبل ذلك ، أى شخصا لا يمكن أن يكون قد أضمر له حقدا أو ضغينة .

ويعلم الطبيب النفسى كذلك أن مريضا مختل العقل قد يقدم على النهب ، أو يرتكب جريمة احتيال ، أو يشعل النار فى ممتلكات غيره . ويعلم أن شيخا مسنا قد يصاب بخبل ثم إذا به بعد حياة شريفة لا تشوبها شائبة يعتدى على فتاة قاصر ثم يضع حدا لحياتها دون تقدير لفظاعة جرمه أو تقدير لخطورة ما أقدم عليه . يعلم الطبيب النفسى أن هذه الجرائم جميعا قد تصدر عن مجانين غير مسئولين ، ولكنه يعلم كذلك أن مجرد صدورها عن أى شخص ليس دليلا قاطعا علىٰ اختلال عقله .

وعليه فليس الاختلاف بين المحامى والطبيب النفسى على وصف الجريمة ، وإنما هو على تأويل الحالة العقلية التى تمت الجريمة فى ظلها . فالمحامى يسارع إلى التسليم بأن شخصا يتراءى له مجنونا لا مسئولية عليه ، ومن ثمة لا يحق الاقتصاص منه . فى حين أن الطبيب النفسى لا يستطيع أن يقطع برأى نهائى يتعلق بعقل الشخص من مجرد وصف الجريمة نفسها .

وإذا كان المبدأ القانونى يقول « إن المتهم برىء حتى تثبت إدانته » ، فالخبير النفسى يضيف إليه أن المتهم سليم العقل حتى يثبت بالدليل العلمى اختلاله على نحو من الأنحاء .

على أن الطبيب النفسى إن دعى إلى المحكمة باعتباره « من أهل الخبرة » ، فلا شأن له بتأويل الأفعال التى صدرت عن المتهم ، ولا شأن له بمناقشة نصوص القانون ، فذلك شأن المشرعين وحدهم ، أو هو شأن المصلحين الذين يدعون إلى تعديل القوانين بحيث تلائم الاكتشافات العلمية الحديثة . ولكن على الطبيب النفسى أن يقرر الحقائق الواقعة فحسب ، عليه أن يجيب عن أسئلة محددة توجهها المحكمة إليه بصدد القوى العقلية للمتهم على نحو ما أسلفنا .

على أن من حق الخبير النفسى خارج المحكمة ، بل ومن واجبه أن يبصر الناس ببعض الأخطاء التى يقعون فيها عادة إذ هم بصدد الحكم على مسئولية مرتكبى الجرائم من أى نوع كانت . فقد علمتنا الدراسة التحليلية لدوافع السلوك الإنسانى ألا قبل للناس بمعرفة جميع دوافع أفعالهم ، ولا قبل لهم بمعرفة حقيقة الدوافع التى أدت إلى أفعال غيرهم من الناس .

ولكننا — على الرغم من جهلنا بحقيقة مشاعر غيرنا من الناس ودوافع سلوكهم — لا نتوقف عن إصدار الأحكام عليهم ، ونسارع إلى تقديم أقرب التفسيرات إلى أذهاننا . نفعل ذلك دون تمحيص أو تحليل أو رغبة فى الاستقصاء الموضوعى . وغالبا ما تكون هذه التفسيرات متأثرة بمشاعرنا الخاصة ، ملونة باتجاهاتنا النفسية التى ننكر وجودها بين جوانحنا إنكارا باتا .

ولطالما أعربنا عن استيائنا لمسلك فلان من الناس ، ونسبنا مسلكه هذا إلى نوايا شريرة غافلين عن وجود هذه النوايا فى نفوسنا ، وعن توقنا إلى تنفيذها . وإلا فما تأويل إقبالنا « نحن الأبرياء ! » على مطالعة أخبار الجرائم وقصص الشذوذ ؟! وما تأويل نهمنا « نحن المطهرين ! » إلى الوقوف على أسرار الناس الفاضحة ؟!

ويجد الناس صعوبة كبيرة فى الاقتناع بقول الخبير النفسى إن من الجرائم ما يرتكبه المذنب بدافع التخفف من شعور أليم بالذنب . أجل إن شخصا هذا شأنه أقلقه شعور بذنب خفى ، وأرقه الخوف من الوقوع فيه ، فإذا به يندفع إلى جريمة يرتكبها ليجعل الذنب حقيقة واقعة ، يحققها خارج نفسه بعد أن كانت آلاما فى داخلها .

وليس من السهل أن يقتنع الناس بقول الخبير النفسى إن قسوتنا فى الحكم على المجرمين ترجع إلى خوفنا من ارتكاب ذنوبهم عينها . فتلك الذنوب لا تفتأ تراودنا وتتهددنا بخطر تحققها ولذلك فنحن نعبئ كل قوانا النفسية لمقاومتها لا فى أنفسنا فحسب بل وفى غيرنا من الناس . ولعلنا لهذا السبب كنا لا نطيق صبرا على جريمة يرتكبها غيرنا ، ومن ثمة لا نطيق من خبير نفسى أن يفسر جريمة تفسيرا سيكولوجيا . إننا حريصون على أن يكون المجرم هو المذنب حتى يتحقق الوهم الذى يداعبنا ، ألا وهو أننا « بغير خطيئة » !

كنت أشرف منذ أعوام على القسم الداخلى لإحدى المدارس الثانوية . وكان يحدث أحيانا أن يكتشف أحد الطلبة فقدان نقود أو متاع . لم يكن من اليسير أن تتجه الشبهة إلى أحد . وكان كل طالب فى مأمن من الشبهات . ولكن كم كان من اليسير على المراقب المدقق أن يحس جوا من الرهبة يسود معظم الموجودين . وكان بعض الطلبة يبذل جهدا جبارا لكشف الجريمة والسارق (وكثيرا ما لم يكن فى الأمر جريمة

ولا سارق بل إهمال من جانب صاحب الشيء المفقود) ، جهدا لا تبرره مجرد الرغبة فى رد الحق إلى ذويه .

وأذكر أن فتى رقيق النفس ، هيابا وجلا ، مثالى الخلق ، مواظبا على المرض وعلى الصلاة معا ، أذكر أن هذا الفتى كانت تنتابه كلما أعلن طالب فقدان حاجة من حاجياته حالة من القلق العنيف ، حتى ليكاد بعض السطحيين يرتاب فيه . وكثيرا ما كان يتقدم إلى ملحا على أن أفتش جيوبه ودولابه . وما شككت يوما فى براءته وعفة نفسه ، ولكنه كان ذا ضمير قاس ، وكان نهبا لشعور خفى بالذنب ، وكان من ثمة أشد أقرانه حاجة إلى تخفيف القلق الناشئ عن هذا الشعور الطفلى بالذنب .

وقد لاحظ أحد الأطباء النفسيين ممن يدعون للاستشارة بخبرتهم أمام المحاكم الإنجليزية ، أن القضاة والمحلفين يتقبلون الأدلة التى يقدمها الخبير الهندسى مثلا بخصوص تهم مدنية كخطأ ارتكبه مهندس فى بناء كوبرى بسهولة كبيرة . فى حين أنهم يبدون معارضة قوية وتدقيقا زائدا فى الأدلة التى يقدمها الخبير النفسى بخصوص جريمة من النوع الذى يثير العواطف ، ويبلبل الخواطر . وذلك على الرغم من أن ثبوت صحة الأدلة فى الحالة الثانية أوضح من ثبوتها فى حالة التهمة المدنية .

قد ينظر القاضى مثلا إلى رسم الكوبرى الذى صممه المهندس المتهم وفى لمح البصر يقول : « لا يبدو لى أى خطأ فى هذا التصميم . إن الكوبرى يبدو لى قويا راسخ الدعائم » . فى حين أن قاضيا من أكثر قضاة إنجلترا حنكة ، ورجاحة عقل ، ونزاهة ، يقول بشأن متهم أثبت تقرير الخبير النفسى بما لا يدع مجالا للشك أنه مختل القوى العقلية : « على كل حال ، إن المتهم يبدو لى محتفظا بكامل قواه العقلية » .

ليس ذلك دليلا على غباء من جانب القاضى ، أو سخف من جانب القانون . ولكنا بصدد حقيقة نفسية يعرفها علم النفس ويدركها الطب النفسى فى صورها المرضية ، حقيقة نفسية تصدق على الناس جميعا بلا استثناء ، على اختلاف حظهم من الحنكة والتجربة ورجاحة الرأى . تلك الحقيقة مؤداها أن الرأى الذى يصدم العاطفة أو يثير انفعالا مؤلما يصعب قبوله مهما كانت درجة الصدق فيه . فإن كان حكم الخبير النفسى حكما تتضرر منه النفس كان طبيعيا أن يصعب الاقتناع بصحته . ولعل هذا

هو السر فى أن الخبرة النفسية لم ينتفع بعد بها انتفاعا كاملا فى إصلاح الإجراءات القضائية ، حتى فى أكثر البلاد تقدما فى ميدان الطب النفسى كإنجلترا .

وثم مثالين يوضحان وجهة النظر هذه أولهما عن الوضع الحالى للقانون الخاص بالحالة العقلية للمساجين المتهمين بالقتل . يقوم هذا القانون على أساس وجهات نظر قضاة صاحبة الجلالة ، تلك الوجهات التى تمت صياغتها استجابة لعديد من الأسئلة المقدمة من مجلس اللوردات سنة ١٨٤٣ ، بعد حادث اغتيال مستر « إدوارد دراموند » ، السكرتير الخاص لسير روبرت بيل . اغتيل مستر « دراموند » بواسطة رجل يدعى « ماك ناجتين » ، وكان يعانى من هذاءات (اعتقادات ملحة لا أساس لها من الصحة) اضطهادية . كان يعتقد دون أساس من الواقع أن السير روبرت بيل كان يضطهده ، وتملكته هذه الهذاءات الاضطهادية حتى اعتزم اغتياله ، وأقدم على اغتياله فعلا ، ولكنه أخطأه وأصاب سكرتيره بدلا منه . وأصبحت الأحكام التى قررها القضاة الذين نظروا هذه القضية بمثابة قواعد مقيدة للأحكام القضائية فى بريطانيا حتى اليوم . هذه القواعد هى :

لا يمكن إقامة دفاع على أساس الجنون ما لم يتبين بدليل لا يحتمل الشك أن المتهم وقت ارتكابه الجريمة كان واقعا تحت تأثير نقص فى التفكير من جراء مرض أصاب العقل ، نقص منعه من معرفة ما كان يفعل ؛ أو إن كان قد عرف ما كان يفعل لم يكن يعرف أنه خطأ . أما التحفظ الهام الآخر فهو ، لو ارتكب المتهم الفعل من جراء هذاء (اعتقاد وهمى) ، قدرت درجة مسئوليته عن هذا الفعل ، (ومن ثمة قدرت فى القانون درجة جرمه) على أساس المبرر الذى يقدمه الهذاء إن كان صحيحا . معنى هذا أنه إن كان الشخص المصاب بمرض عقلى كالشيزوفرينيا (الفصام أو انقسام الشخصية) يعتقد (يهذى) أن شخصا آخر بسبيل القضاء على حياته عن طريق تيار من الأفكار الكهربائية يسلطها عليه بعقله ، وبلغ به هذا الاعتقاد الهذائى حدا جعله يعمد إلى قتله دفاعا عن نفسه ، إن فعل هذا لا يمكن أن توقع عليه عقوبة ، وإن كان بطبيعة الحال يحتجز فى مستشفى أمراض عقلية خاصة بمرتكبى الجرائم من المجانين . أما إن كانت هذاءات المريض نفسه لا تتعدى الاعتقاد أن ضحيته كان يحاول التسلط على

عقله كي يحرمه من هذا العقل ومن قوته الجنسية باستخدام أساليب سحرية ، وطالما أنه حتى لو كان هذا الاعتقاد مطابقا للواقع فهو لا يبرر جريمة القتل فإن المريض الذى ارتكب هذا الفعل لا يمكن طبقا للقانون تبرئته من تهمة القتل ، وعقوبتها الإعدام طبقا للقانون الإنجليزى . والحق أن القانون الإنجليزى من الناحية العملية قلما يقع فى ذلك الخطأ ، ذلك أن تقدير الهذاءات (الاعتقادات الوهمية) كما لو كانت اعتقادات صادقة (صحيحة) ، ثم تقرير مدى ما تورطه فى المتهم من مسئولية ، هذا إجراء فى غاية السخف وكل الناس اليوم بفضل تقدم الطب النفسي يفطن إلى هذا السخف .

ففى الحالات التى يمكن فيها التدليل على وجود هذاءات واضحة بينة ، فإن ما يحدث عمليا هو أن المواد التى تتضمنها قواعد « ماك ناجتين » (Mc Naghten) يصرف النظر عنها وتنحى جانبا . لا إشكال فى هذه الحالة ولكن الإشكال الذى يشغل كل خبير نفسى ينشأ فى حالات المرض العقلى التى تكون قوى التفكير فيها سليمة ، والإدراك للأفعال إدراك مؤكد ، فى حالات المرض التى يكون الاضطراب فيها لا خللا فى العقل ولكن اضطرابا انفعاليا ، وخللا فى المشاعر ، كأن يكون الشخص فى حالة من اليأس والقنوط والحزن الدائم والإعراض عن المشاركة مع الغير ، والانصراف التام عن مشاغل الحياة ، وهذه الحالات تتحقق فى أكثر من مرض منها الاكتئاب السوداوى (Melancholia) : أو كأن يكون الشخص فى حالة من الهوس والهيجان الانفعالى والتوزع الذهنى والتقلب العاطفى .

فى مثل هذه الاضطرابات الانفعالية يصعب علينا أن نتبين أن الشخص يعانى داء عقليا على درجة من الشذوذ تعارض الشذوذ البين فى مرض الشيزوفرينيا . فى مثل هذه الحالات يكون الموقف حرجا بالنسبة للخبير النفسى الذى يعرف تمام المعرفة أن المتهم الذى يطلب منه تقرير عنه يعانى مرضا عقليا أكيدا . ولكن شرفه وشرف مهنته لا يسمحان له بأن يقول إن المريض حين أقدم على ما أقدم عليه لم يكن يعرف ما يفعل ، أو لم يكن يعرف أن ماهو مقدم عليه فعل خاطئ . بل يحدث على العكس أن المتهم المريض بالاكتئاب يصر فى عناد على أنه كان يقدر كل ما فعل ، ويقرر أن فعله جرم شنيع ، وأنه يستحق أن يعدم . ذلك أن طبيعة مرضه تقوم على الشعور الزائد

بالذنب ، وأحزانه مظهر لذلك الشعور ، للحاجة الملحة إلى التكفير . يصعب على الخبير النفسى فى حالة هذه شأنها أن يقول إن المتهم كان يجهل فعله لأن اضطرابه يصيب الناحية الوجدانية لا الناحية المنطقية . وعليه يستحيل تبرير أى دفاع على أسس نفسية أمام القانون الحالى .

وقد حدث فى صيف ١٩٥٠ بإنجلترا أن باغت رجل زوجته فى نومها وحطم جمجمتها مستخدما فى ذلك بلطة . ثم صحب طفليه معه إلى إحدى المدن الإنجليزية على الساحل الجنوبى لإنجلترا ، وبعد أن أتاح لهما نهارا سعيدا على الشاطئ ومنحهما ما يتوقان إليه من حلوى ، أعطى كلا منهما دواء منوما ثم خنقهما حتى أسلما الروح . وما كاد يرتكب فعلته هذه حتى أقدم على الانتحار بابتلاع بقية الدواء المنوم ومحاولة إغراق نفسه . ولكنه لم ينجح فى الانتحار ، وبعد تشرد فى حالة من الذهول قرابة ثمانى وأربعين ساعة تمكن البوليس من القبض عليه .

وكانت هنالك فى تصرفات الشخص وما جاء فى أقواله من أنه يئس من مستقبله المظلم ومستقبل أسرته وأن ذلك ما دفعه إلى الإقدام على ما أقدم عليه ، من هذه جميعا كان هنالك ما يبرر اعتبار حالته العقلية عنصرا بالغ الأهمية فى تقدير مسئوليته . ولكن حسب قواعد ماك ناجتن كان من المتعذر تقديم دفاع على هذا الأساس أمام القانون ؛ والواقع أن هذا الدفاع لم يقم به أحد وتم إعدام المريض على أنه مجرم .

ولهذا نرى أن الأطباء النفسيين فى إنجلترا يعتقدون الآن بضرورة مراجعة قواعد ماك ناجتن والتحفظات العامة الخاصة بالجنون ، والاهتداء فى هذه المراجعة بالتقدم الحثيث الذى طرأ على فهمنا للعمليات العقلية والانفعالية منذ وضعت هذه القواعد العتيقة ، أى منذ مائة وثمانية أعوام .

المثال الثانى ، فى مجال العلاج ..القانون الجنائى الذى صدر فى إنجلترا عام ١٩٤٦ حقق تقدما ملحوظا فى التحفظات التى تتخذ فى محاكمة المجرمين الأحداث وفى محاكمة المجرمين لأول مرة . هذه التحفظات الآن تتجه عموما نحو عدم التعويل كثيرا على السجن ، والتعويل بدلا منه على مراقبة المذنب ، وتوجيهه فى مراكز تدريبية إصلاحية يستبعد نظامها حرمان الفرد من حريته فى أول جريمة يرتكبها . على أن هذا

النظام لم يصبح بعد قانونا ، ولكنه تقدم أكيد مع ذلك سوف ينتهى لا محالة بأن يصبح نظاما مشرعا . ومن الطريف أن هذا التقدم فى نظر الخبير النفسى أو ذى الوعى السيكولوجى يجرح عواطف كثير من كرام الناس ، ويهز مشاعرهم ، ويثير حفيظتهم . هذا على الرغم من أن البحوث النفسية التى أجريت على من نعم بهذا النظام الجديد من المذنبين أيدت المبادئ التى قام عليها .

ويسرنا أن الأذهان فى مصر بدأت تتقبل هذه الاتجاهات التقدمية ، فأزيلت السلاسل ومنح السجناء حقوقا إنسانية ، وحرية حرموا منها زمنا طويلا . ليس هذا فحسب فقد علمت أن النية منجهة إلى تشغيل خبراء نفسيين فى سجوننا المصرية ، والاستعانة بهم فى إصلاح السجناء ، وتوجيههم الوجهة التى تكفل لهم الاندماج فى ركب الحياة السوية .

ونعلم كذلك أن نظاما جديدا قد وضع لمعاملة المذنبين الأحداث . وسوف تختفى قريبا محاكم الأحداث ويحل محلها مراكز إصلاح ، وسوف يقوم الإصلاح فيها على أسس علمية . وسوف يهتدى المسئولون بخبراء نفسيين . ونرجو ألا يمضى وقت طويل حتى يكون أمل الخبير النفسى قد تحقق ، وعقيدته قد أصبحت حقيقة واقعة ، العقيدة التى مؤداها أن عدونا ليس المجرم بل الجريمة .

وإن الفهم العلمى للجريمة يقتضى أن نتخلى عن الحكم الخلقى عليها ، فنقلع عن اعتبارها عارا وننظر إليها على اعتبار أنها اضطراب فى سلوك الفرد ، اضطراب يعكس خللا فى المجتمع الذى يكتنفنا . ولا قضاء على هذا الاضطراب ما لم نفد من الخبير النفسى فى تشخيص الداء وما لم يتكاتف الطبيب النفسى والخبير النفسى والخبير النفسى الإكلينيكى والخبير الاجتماعى وغيرهم من موجهين ومعلمين ومدربين . فالمريض وحدة متكاملة ، والمرض داء شامل ، وعدم منتشر فى جميع الجنبات . ولا يكفى خبير واحد فى تتبعه والقضاء عليه ، وإنما يتحقق هدفنا بالتعاون المشترك بين الخبراء من مختلف الميادين ، تعاونا قائما على الاحترام المتبادل ، والتواضع العلمى ، والإفادة من كل الكفايات جميعا . وتعاون هذا شأنه يتحقق فى حالة واحدة : إن كان الخبراء فى ميادين الطب النفسى وعلم النفس الإكلينيكى والخدمة الاجتماعية أناسا

تحقق تكاملهم النفسى ، واتزانهم العاطفى فهم لا محالة قادرون على التعاون وهم محققون أهدافا نراها اليوم معجزات .

ولكننى أحب أن أنبه إلى أن أخطر خطوة وأهمها إن كان للإصلاح القانونى المزمع أن يسير دون تعثر ودون تباطؤ ، وإن كنا نبغى حقا تقليل الجريمة وتخفيف ازدحام السجون ، فلا مناص من تشجيع البحوث النفسية وتخصيص قدر كبير من المال لدراسة اتجاهات الأحداث ومشاعرهم قبل صدور الحكم عليهم وبعد صدور هذا الحكم . مثل هذه البحوث ينبغى أن تبدأ فورا . ومهما كلفتنا اليوم ، ومهما بدا عدم جدواها لنا ، فإن النتيجة النهائية ولو بدت بعد أعوام طويلة ستحقق من الأمور ما نراه اليوم معجزات . ولا ينبغى أن ننسى أننا بسبيل تعبئة جميع قوى الإنتاج من أجل رفع مستوانا الاقتصادى ودعم حياتنا المادية ، وأن القوة الأولى فى الإنتاج هى نفس الفرد ، وهى خافية وراء « أقنعة سبعة » ، وإزاحة هذه الأقنعة يتطلب ، فضلا عن الإيمان بالعلم ، تضحية فى الجهد والمال . .

فهرس خبراء النفوس